BIOSKOP

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

26. Jg. | Nr. 102 | Juni 2023

BIOSKOP Schwerpunkt Gesundheitspolitik

8 Bescheidene Pflege-Reform
9 Pointierte Bewertungen
9 Abgelehnter Antrag
10 Häusliche Pflege untersucht
10 Krankenhäuser: Reförmchen statt Reform?

Suizidhilfe

3 Normalisierung per Gesetz?

Ersatzteillager Mensch

4 Zweckdienliches Körperprojekt
5 Herztote als »Organspender*innen« – ins Gespräch gebracht in Deutschland

Patientenverdatung

6 Riskanter »Gesundheitsdatenraum«
7 Bemerkenswerte Digital-Partnerschaft

Präventionspolitik

13 Aufarbeitung der Corona-Pandemie?

Sterbebegleitung

14 Strukturen umfassend verändern
15 »Mit Menschen statt Papieren«

Außerdem

12 Sogenannte Eizellspende und Mietmutterschaft legalisieren?
12 Mehr Transparenz in Ministerien gefordert
16 Veranstaltungstipps
16 Wunschzettel
2 Jetzt BioSkop unterstützen!
16 Vorschau auf September 2023

Impressum

Herausgeber: BioSkop e.V. – Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften und ihrer Technologien
Oberstraße 55 · 45134 Essen
Tel. (0201) 5366706 · E-Mail: *info@bioskop-forum.de*
BioSkop e.V. im Internet: *www.bioskop-forum.de*
Redaktion: Klaus-Peter Görlitzer (v.i.S.d.P.), Erika Feyerabend
Anschrift: Erika-Mann-Bogen 18 · 22081 Hamburg
Tel. (040) 43188396 · Fax (040) 43188397
E-Mail: *redaktion@bioskop-forum.de*
Beiträge in dieser Ausgabe:
Martina Keller, Karin Michel

Sämtliche Artikel in BIOSKOP sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion.

Layout + Satz: *grafik@angelika-schlueter.de*
Druck: Pohler & Kobler GmbH, Centrumstr. 33, 45307 Essen
ISSN 1436-2368

Macht der Täuschung

Erika Feyerabend

Medienberichte und Infos aus vielen Quellen sind rund um die Uhr verfügbar, vor allem im Internet. Wir haben das Gefühl, informiert zu sein, über die Klimakatastrophe, über die neuesten Pflege- und Krankenhausreformen, über Corona, über den Ukraine-Krieg, auch über uns selbst in Form von Expertenwissen in Datenform. Wir werden über den Stand der Transplantationsmedizin informiert. Es fehlen Organe, das ist die Hauptbotschaft. Manche kritisieren manchmal, die Informationen und Kommunikationen sei durchsetzt mit »fake news«. Aber die ständige Kommunikation und Information selbst, sie wird nicht in Frage gestellt. Sie gilt eher als Ausdruck der Demokratie. Immerhin können wir über die Katastrophen und Reformen reden – auch kritisch.

Blickt man in die Geschichte, an deren vorläufiges Ende das Internet mit der Möglichkeit ständiger Kommunikation zu stehen scheint, kommen schon Zweifel auf, ob die Möglichkeit der falschen Informationen wirklich die einzige Gefahr ist. Beschäftigt man sich mit den Anfängen der Kommunikation, landet man schnell bei der Kriegstheorie- und praxis. Zunächst war das größte Problem der Mächtigen, dass die Soldaten im 18. Jahrhundert massenweise desertierten, und die wichtigste Aufgabe der Generäle war es, dies durch strenge Disziplinierung zu verhindern. Das ist nicht ganz vorbei, aber ein neues Zentrum der Einflussnahme entstand.

Ein Jahrhundert später wurde das Wissen über die Vorhaben des »Feindes« entscheidend. Spione waren zuweilen unzuverlässig mit ihren Informationen. Die Telegrafie machte es dann möglich, über Entfernungen hinweg viel schneller Nachrichten an die Truppen zu senden. Diese technologische Entwicklung führte zu einer umfassenden neuen Art, die Menschen zu regieren. Die Politik entdeckte die freie Rede, und zwar als Vertiefung von Kommunikation – tatsächlich, um eine Form der Macht auszuüben. Diese Regierungsweise der Kommunikation wurde auch im Bereich der Produktion üblich. Im 20. Jahrhundert entstand, was wir heute als digitalen, kommunikativen, postindustriellen Kapitalismus kennen, mit dem Internet, mit den digitalen Plattformen und Dienstleistungen aller Art. Wir leben nun in einer digitalen Gesellschaft mit unendlich viel Kommunikation.

Über vieles wird gesprochen, aber grundlegende Veränderungen, beispielsweise in Pflege *(→ Seite 8)* und Krankenhausbehandlung *(→ Seite 10),* stehen aus. Die beschriebene »große Reform« des Krankenhauswesens dürfte einerseits an den Ländern scheitern, andererseits aber wird von der profitablen Logik im Gesundheitswesen kaum Abstand genommen. Für die Pflege alter, gebrechlicher oder beeinträchtigter Menschen und ihrer Angehörigen soll weiterhin nicht genügend Geld aus der Solidargemeinschaft bereitgestellt werden.

Bitte auf der nächsten Seite weiterlesen ›

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Wertschätzung und politische Prioriäten drücken sich bestimmt nicht nur in Geldwerten und beim Verteilen von Steuergeldern aus. Auffällig und mehr als fragwürdig ist aber schon, wie Bundeskanzler Olaf Scholz (SPD) und Bundesfinanzminister Christian Lindner (FDP) sich den Haushalt für das Jahr 2024 vorstellen. Ende Mai sickerte aus Berlin durch, wie die Koalitionär*innen ein beziffertes Etat-Loch von 20 Milliarden Euro zumindest zur Hälfte flicken wollen: Gespart werden sollen zwei bis drei Prozent bei den Ausgaben fast aller Ministerien – mit einer Ausnahme: Die Verfügungsmasse des Bundesministeriums für Verteidigung soll unangetastet bleiben. Mehr noch: Ressortchef Boris Pistorius (SPD) fordert zusätzliche 10 Milliarden Euro, will also den 50 Milliarden teuren Wehr-Etat um satte 20 Prozent gesteigert sehen.

Endgültig entschieden ist das alles noch nicht. Klar ist aber: Angesichts der Reaktion der deutschen Bundesregierung auf den russischen Angriffskrieg gegen die Ukraine und deren zig Milliarden schwere Unterstützung durch die NATO-Staaten setzt sich beschleunigt fort, was seit vielen Jahren zu beobachten ist: Arme und kranke Menschen zu unterstützen, hat in Deutschland leider keine politische Priorität.

Vom – zu knapp bereit gestellten – Solidar-Geld handeln mehreren Beiträge dieses Hefts, es geht um Pflege, Krankenhäuser, Hospize. Das lange die Schlagzeilen bestimmende Corona-Virus und dessen Management soll wohl lieber vergessen werden. Jedenfalls haben die meisten politisch (Mit-)Verantwortlichen offenbar kein Interesse, die – auch kostspieligen – Pandemie-Maßnahmen eingehend in den Rückblick nehmen zu lassen.

Geld ist, zumal in diesen inflationären Zeiten, auch im gemeinnützigen BioSkop-Verein knapp. Bitte unterstützen Sie unsere unabhängige Arbeit, wenn möglich, mit Ihrer wichtigen Spende. Danke!

Erika Feyerabend, Klaus-Peter Görlitzer

BioSkop-Spendenkonto
DE26 3601 0043 0555 9884 39
bei der Postbank Essen
(BIC: PBNKDEFF)

Fortsetzung von Seite 1 ›

Macht der Täuschung

Wir selbst werden nicht nur als kommunizierende Subjekte wahrgenommen, um die sozialpolitisch verursachten Lücken bereitwillig zu schließen. Berechtigte Kritik ist auch zu hören. Aber das allein führt nicht zu den notwendigen Umorientierungen. Auch wir selbst werden zur profitablen Datenquelle im europäischen Raum *(→ Seite 6)* und zu Datenlieferant*innen, was weniger der Verbesserung von Behandlungen dient, aber mehr Informationen für Forscher*innen und Pharmaunternehmen liefert.

Und nicht nur das. Wir werden ganz materiell zur Organressource, die sogar über aktive Sterbehilfe in einigen und zunehmend mehr Ländern nutzbar gemacht wird *(→ Seite 4)*. Die Entnahme von Organen auch bei Patient*innen mit Herz-Kreislauf-Stillstand und die geplante Beendigung ihres Lebens haben dort die Zahl verfügbarer Organe gesteigert. Das droht perspektivisch auch hierzulande möglich zu werden. Begleitet ist dieses Projekt von Kommunikationen, dass selbst der Tod nützlich sein kann und soll. Dies hätten »autonome« Individuen entschieden und sei damit legitimiert.

Auch Eizellgeberinnen und so genannte »Leihmütter« werden als Ressource für die Reproduktionsmedizin missbraucht. Die kritischen Stellungnahmen von Frauenorganisationen werden weit weniger verbreitet als die Erzählung von den »selbstbestimmten« Frauen, die anderen Frauen »selbstlos helfen« wollen. Sie tun dies in der Regel aber auch aus finanziellen Erwägungen *(→ Seite 12)*.

Über 500 Menschen aus den Bereichen Virologie, Medizin und anderen Naturwissenschaften, Soziologie, Geschichte der Medizin, Psychologie und anderen Geisteswissenschaften fordern eine Reflexion über das Management der Corona-Pandemie in Deutschland *(→ Seite 13)*. Das war während der Hochzeit der Berichterstattung zur Pandemie nicht möglich. Die polarisierende Debatte in allen Medien verhinderte dies. »Doch bleibt die bisherige Reflexion über die Pandemie zu punktuell und zu sehr vom Streben nach politischer und medialer Meinungshoheit geprägt. Es bedarf einer geordneten und systematischen Aufarbeitung, um robuste Lehren für zukünftige Krisen zu ziehen und ähnliche Fehler zu vermeiden«, meinen die Unterzeichner*innen.

> Wir sollten uns nicht von dieser – und anderen – machtvollen Täuschungen beeindrucken lassen. Kritisches Hinterfragen ist von Nöten.

Das freiwillige Engagement wird überall gelobt. Es ist ein Teil dessen, was man auch Solidarität nennen kann und dringend notwendig und wünschenswert ist. Es kann aber auch mit der kommunikativen Begleitmusik zu einer unzulässigen Ausbeutung führen *(→ Seite 14)*.

Ständige Kommunikation reicht nicht. Das gibt nur vor, »demokratisch« zu sein, tatsächlich beteiligt zu sein, tatsächlich etwas zu verändern. Wir sollten uns nicht von dieser – und anderen – machtvollen Täuschungen beeindrucken lassen. Kritisches Hinterfragen ist von Nöten, und vor allem materiell spürbare Veränderungen warten bislang vergeblich darauf, umgesetzt zu werden.

Lesetipp

Kommunizieren und Herrschen heißt ein spannendes Buch, verfasst von Janosik Herder, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Fachbereich Kultur- und Sozialwissenschaften der Universität Osnabrück. Auf 292 Seiten beleuchtet Herder die »Genealogie des Regierens in der digitalen Gesellschaft«. Der Bielefelder Verlag transcript, der das Buch im Frühjahr 2023 publiziert hat, bringt dessen Inhalt so auf den Punkt: »Unter der harmlosen Idee der Kommunikation schlummert eine ganze politische Programmatik. Janosik Herders Analyse dieser Programmatik führt von der Frage, wie der moderne Mensch überhaupt zu einem kommunizierenden Wesen geworden ist, über Kommunikation als Mittel der Herrschaft bis zu den Möglichkeiten des Widerstands heute.« Das gedruckte Buch kostet 45 Euro, eine Version im PDF-Format steht zum Gratis-Download bereit auf *www.transcript-verlag.de*

Suizidhilfe regeln und legitimieren?

Abstimmung über zwei Gesetzentwürfe womöglich Anfang Juli

Der Bundestag steht vor einer heiklen Entscheidung: Soll er Bedingungen und Verfahren für Suizidhilfe regeln und somit auch den Zugang zu tödlichen Substanzen legitimieren? Zwei Gesetzentwürfe, die das bezwecken, stehen voraussichtlich Anfang Juli zur Abstimmung. Derweil mehren sich außerparlamentarische Stimmen, die von einer Regulierung abraten.

Wenn das Parlament über ein Suizidhilfegesetz abstimmt, wird jede/r Abgeordnete frei nach persönlichem Gewissen entscheiden können – der übliche Fraktionszwang wird bei diesem Thema aufgehoben. Wie das am Ende ausgeht, können auch gewiefte Politstrateg*innen nur schwer steuern und kalkulieren.

Um ihre Chancen zur Durchsetzung einer, wie sie finden, liberalen Regelung der Suizidhilfe zu verbessern, haben zwei parteiübergreifende Abgeordnetengruppen ihre bisherigen Entwürfe nun fusioniert. Am 13. Juni stellten sie ihren »zusammengeführten Gesetzentwurf« in der Bundespressekonferenz vor, als federführend gelten Katrin Helling-Plahr (FDP) und Renate Künast (Grüne), zu den maßgeblichen Befürworter*innen des Papiers gehören auch Helge Lindh (SPD) und Petra Sitte (Linke).

Die Autor*innen betonen, dass sie Suizidhilfe »jenseits des Strafrechts« regeln wollen. Im Kern sieht ihr Gesetzentwurf vor, Suizidwilligen »einen sicheren Zugang zu Arznei-/Betäubungsmitteln zum Zwecke der Selbsttötung zu ermöglichen«. Voraussetzung ist, dass der Sterbewillige volljährig ist und den Willen, sein Leben zu beenden, »autonom« und frei gebildet habe.

Ärzt*innen, die bereit sind, ein Rezept fürs tödliche Präparat auszustellen, sind laut Gesetzentwurf verpflichtet, »die suizidwillige Person mündlich und in verständlicher Form über sämtliche für die Selbsttötung wesentlichen medizinischen Umstände aufzuklären«. Außerdem muss der suizidassistenzwillige Arzt sich eine Bescheinigung vorlegen lassen, die nachweist, dass die suizidwillige Person sich zuvor in einer zugelassenen Beratungsstelle hat beraten lassen – mindestens drei und höchstens zwölf Wochen vor der gewünschten Verschreibung.

Der Gesetzentwurf verpflichtet die Bundesländer, »ein ausreichendes Angebot an Beratungsstellen sicherzustellen« – bezahlt aus Steuergeldern: »die erforderlichen Beratungsstellen haben Anspruch auf eine angemessene öffentliche Förderung der Personal- und Sachkosten«, steht im Gesetzentwurf von Helling-Plahr, Künast und Kolleg*innen.

Die beiden früheren Entwürfe der nun fusionierten Gruppen hatten 69 beziehungsweise 45 Parlamentarier*innen unterzeichnet, macht insgesamt 114 Unterschriften. Geht es nach dem Zeitplan von Helling-Plahr und Künast, soll der Bundestag schon in der ersten Juli-Woche entscheiden.

111 Namen stehen bisher unter der Alternative, die Lars Castellucci (SPD) und Kirsten Kappert-Gonther (Grüne) maßgeblich formuliert haben. Ihr Gesetzentwurf, den BIOSKOP bereits im März 2022 *(→ Heft Nr. 97)* ausführlich beschrieben hatte, will die geschäftsmäßige, also auf Wiederholung angelegte Förderung der Selbsttötung im Prinzip zwar wieder unter Strafe stellen – aber nur für den Fall, dass bestimmte Verfahrensregeln nicht eingehalten werden. Zentrale Voraussetzung für zulässige Hilfe zur Selbsttötung ist für Castellucci und Kolleg*innen, dass suizidwillige Menschen volljährig und einsichtsfähig sind und mehrere Nachweise vorlegen: über mindestens zwei Untersuchungen durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie mindestens ein »individuell angepasstes, umfassendes und ergebnisoffenes Beratungsgespräch« mit einem weiteren Arzt oder einer psychosozialen Beratungsstelle.

Warnung vor »Normalisierung«

Derweil werden außerparlamentarische Stimmen lauter, die eine gesetzliche Regulierung nicht gut finden. Eugen Brysch, Vorstand der Stiftung Patientenschutz, sagte der Funke-Mediengruppe, die Selbstbestimmung der Sterbewilligen und der Schutz vor Fremdbestimmung seien viel zu komplex, um sie in Paragrafen zu pressen. Brysch wies zudem auf Versorgungsdefizite hin; Psychotherapie und würdevolle Pflege oder Therapie seien für viele sterbenskranke, psychisch kranke oder depressive Menschen unerreichbar.

Das Nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) meldete sich am 14. Juni per Pressemitteilung, es hält keinen der vorgelegten Gesetzentwürfe für geeignet, die Situation suizidaler Menschen zu verbessern. »Dies liegt besonders an der Einführung von Beratungsstellen für die Zulassung zum assistierten Suizid«, erklären die NaSPro-Fachleute. »Anders als vom Bundesverfassungsgericht beabsichtigt, kann das zu einer Normalisierung dieser Art des Sterbens führen.« Die Einrichtung öffentlich finanzierter, kostenloser Beratungsangebote für die Hilfe zum Sterben erhalte so »ein größeres Gewicht als die bislang vorhandenen Hilfen zum Leben«.

Klaus-Peter Görlitzer (Hamburg), Journalist, verantwortlich für BIOSKOP

Besser kein Gesetz

BioSkop und die Hospizvereinigung Omega appellieren an den Bundestag, Suizidhilfe nicht per Gesetz zu regeln und verfahrensmäßig abzusichern. Ihre gemeinsame Stellungnahme, vorgelegt bereits im Dezember 2022 *(→ BIOSKOP Nr. 100)*, plädiert statt dessen dafür, sozial- und gesundheitspolitische Bedingungen zu verbessern und Suizidprävention zu fördern. Das 4-seitige Positionspapier, veröffentlicht auch auf *www.bioskop-forum.de*, benennt Probleme und gesellschaftliche Fehlentwicklungen, die durch eine gesetzliche Regulierung von Suizidassistenz entstehen würden. Alle bisher vorgelegten Gesetzentwürfe sehen vor, dass Beratungsstellen zur Suizidhilfe zur Verfügung stehen bzw. geschaffen werden sollen. Davon raten BioSkop und Omega dringend ab, sie begründen dies in ihrer Stellungnahme wie folgt: »Auch wenn die professionelle Beratung Suizidwilliger ›ergebnisoffen‹ erfolgen muss: Eine flächendeckende Etablierung von Suizidhilfe-Beratungsstellen würde den Eindruck befördern, dass Suizidassistenz eine normale, alltägliche Option ist – insbesondere, wenn Krankenkassen oder Steuerzahler*innen verpflichtet werden sollten, die Kosten solcher Beratungsleistungen zu finanzieren. Wahrscheinlich ist zudem, dass derartige Angebote auch Nachfrage stimulieren werden.«

Zweckdienliches Körperprojekt

Organentnahme nach Euthanasie und Herz-Kreislauf-Stillstand

Erika Feyerabend (Essen), Journalistin und Bioskoplerin

Euthanasie mit anschließender Entnahme von Organen für Transplantationen ist in einigen Staaten zulässig und wird dort auch praktiziert, Tendenz: stetig steigend. Einige Mediziner*innen wollen diese Art der Organbeschaffung ausgeweitet sehen.

Niederländische und belgische Ärzte hatten 2016 ein »Praxis-Handbuch« über Organentnahmen nach Euthanasie publiziert *(→ BIOSKOP Nr. 74)*. 2017 legten sie Kalkulationen vor, die zeigen sollten, dass ihre Methode das Kernproblem der Transplantationsmedizin, den so genannten Organmangel, abmildern könnte *(→ BIOSKOP Nr. 78)*. Damals führten sie schon an, dass auch in Kanada und der Schweiz über diese fragwürdige Perspektive diskutiert würde, unter Fachleuten.

Belgien und die Niederlande gelten als Euthanasie-Vorreiterstaaten, sie haben die Tötung auf Wunsch des Patienten bereits 2002 legalisiert. Erlaubt ist dort auch die Explantation nach kontrolliertem Herzstillstand, gemäß den Vorgaben des »Maastricht-Protokolls« *(→ Randbemerkung)*. Inzwischen gelten in den Niederlanden 60 Prozent der Organspender*innen als herztot, in Belgien ca. 20 %, in Großbritannien ungefähr 35 % und in den USA ca. 10 %. In Japan, wo das »Hirntod«-Konzept kulturell skeptisch gesehen wird, sind Organe Herztoter hauptsächliche Ressource für die Transplantationsmedizin.

Besonders die Kategorie III des Protokolls fördert derartige Organentnahmen, denn der Eintritt des Herztods ist planbar und die Grenze zur Euthanasie unklar. Bei Kranken, deren Herzstillstand erwartet wird, können auf der Intensivstation lebenserhaltende Maßnahmen gleich im Operationssaal unterbrochen werden. Nach einigen Minuten Wartezeit dürfen Organe wie Nieren oder Leber entnommen werden.

Der Maastrichter Mediziner Jan Bollen und weitere Autoren berichteten 2017 in der Fachzeitschrift *JAMA* über eine weitere Variante: Menschen werden im Operationssaal nach vorheriger Einwilligung per Injektion getötet und der Herztod wird festgestellt – zehn Minuten später startet die Organentnahme. Sie kalkulierten damals mit 204 potentiellen Organgeber*innen unter den insgesamt 2.023 Menschen, die 2015 in Belgien per Euthanasie getötet wurden. Nach diesen Berechnungen hätten 400 Nieren, 179 Lungen, 75 Lebern und 30 Bauchspeicheldrüsen zusätzlich zur Verfügung gestanden. In den Niederlanden starben 6.091 Menschen im Jahr 2016 durch die Hand eines Arztes. Schon damals sahen die Transplantationsmediziner*innen Anne van Wijngaarden und David J. van Westerloo aus Leiden in dieser »Ausweitung des Spenderpools« einen »Teil der Lösung« von Organknappheit. In der Schweiz rechnete der Baseler Bioethiker David M. Shaw mit 250 Spender*innen, wenn die zulässige Praxis der Organentnahme von Herztoten sich mit der dort ebenfalls erlaubten Suizid-Assistenz verbinden ließe. Da die meisten Suizid-Beihilfen nicht im Krankenhaus stattfinden und die Tatumstände noch von der Polizei geprüft würden, wären die Organe für die Transplantation nicht mehr zu gebrauchen. Anders wäre es, wenn die Beihilfen in einem großen Spital stattfinden würden, erklärte damals Christoph Hüberthür, Intensivmediziner und Stiftungsrat von Swisstransplant.

Organentnahmen von Herztoten sind also in manchen Ländern schon länger legal, auch vorbereitende Maßnahmen zu Lebzeiten wie Herzmassagen und Anlegen der Kanülen, um die Organe nach dem Abbruch der Behandlung möglichst schnell mit Kühlflüssigkeit haltbar zu machen. Auch in Kanada waren die Kalkulationen der niederländischen und belgischen Experten im Gespräch. Dort wurde der ärztlich begleitete Tod und die Tötung auf Verlangen Mitte 2016 legalisiert. Schon einige Monate später war aus dem Ethikkomitee der Quebecer Provinzregierung zu hören, dass auch Organentnahmen in diese Prozeduren integrierbar wären. In Kanada gibt es die Praxis der Organentnahme bei Herztoten seit 2017. Damals starben 338 Menschen mit ärztlicher »Hilfe«, 26 davon wurden Organgeber*innen.

Im Juli 2021 erörterten Fachleute erneut, wie – nicht ob überhaupt – Herztote und Euthanasie zur Beschaffung von mehr Organen dienen könnten. Ihr Roundtable-Gespräch war Teil einer Konferenz von WONCA, einer internationalen Organisation von Familienmediziner*innen. Beteiligt waren vor allem Ärzt*innen aus den Niederlanden, Belgien, Spanien und Kanada. Sie redeten über Praktiken, Regelungen, Dokumentationen, Begründungen und Herausforderungen. Ergebnisse des Treffens beschreibt ein Aufsatz, der im September 2022 im *American Journal of Transplantation* erschien, Ansprechpartner der 12-köpfigen, internationalen Autor*innengruppe ist der Mediziner Johannes Mulder aus Zwolle.

Die Publikation legt nahe, dass die Praxis, Euthanasie und Organentnahmen zu kombinieren, systematisiert und ausgeweitet werden soll. Mulder und Kolleg*innen ziehen Bilanz ›

Herztote in Kategorien

Organentnahmen nach Herz-Kreislauf-Stillstand eines Patienten sind in einigen Staaten zulässig. Bei solchen Explantationen orientieren sich Mediziner*innen zumeist am sogenannten Maastricht-Protokoll von 1995. Dessen Klassifizierung sieht folgende Gruppen von herztoten Organspender*innen vor: Kategorie I sind Menschen, die mit Herz-Kreislauf-Stillstand in die Notaufnahme eines Krankenhauses eingeliefert werden. Kategorie II sind Patient*innen, die sich bereits in der Notaufnahme einer Klinik befinden, dort einen Herz-Stillstand erleiden und nicht erfolgreich reanimiert werden können. Kategorie III sind Schwerstkranke, meist auf Intensivstationen, bei denen der Herz-Kreislauf-Stillstand erwartet wird, nachdem lebenserhaltende Maßnahmen beendet wurden. Kategorie IV sind Patient*innen, bei denen ein Teilhirntod diagnostiziert wurde, der Ausfall des Hirnstamms. Auch hier wird nach Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen der Herz-Kreislauf-Stillstand erwartet. Kategorie V, ergänzt im Jahr 2000, meint Patient*innen, deren Herzstillstand während des Aufenthalts auf einer Klinikstation eintritt.

für Kanada, Belgien, Niederlande und Spanien: Demnach wurde in diesen vier Ländern Euthanasie mit nachfolgender Transplantation (ODE) bis einschließlich 2021 insgesamt in 286 Fällen durchgeführt. Achtmal fand die Tötung mit Zustimmung des organspendewilligen Patienten außerhalb einer Klinik zu Hause statt und wurde mit einer Transplantation in der später aufgesuchten Klinik verbunden. Insgesamt 1.131 Organe für 837 Empfänger*innen seien mit Hilfe dieser Methode verfügbar geworden. In Belgien gab es erstmalig 2005 eine Organentnahme nach einer Patiententötung, bis einschließlich 2021 geschah dies bereits 57 Mal. In den Niederlanden wurden seit 2012 insgesamt 86 solcher Fälle gezählt, wobei drei der Betroffenen zu Hause getötet wurden. In Kanada wird diese Praxis seit 2019 eingesetzt, inklusive 2021 wurden auf diese Weise von 136 euthanisierten Menschen Organe entnommen, in fünf Fällen nach Euthanasie zu Hause. In Spanien ist Euthanasie mit nachfolgender Organentnahme erst seit 2021 zulässig, im ersten Jahr wurden 7 solcher Fälle registriert.

Im Jahr 2020 wurden in acht Ländern insgesamt 17.217 medizinisch assistierte Tötungen legal durchgeführt. Nach Ansicht der versammelten Mediziner*innen soll die Kombination von Euthanasie und Organentnahmen von wachsender Bedeutung werden. Die erlaubte Entnahme von Organen Herztoter und/oder die erlaubte Euthanasie ist Voraussetzung für diese Praxis. Fast jeder siebten Organentnahme von Herztoten (14 %) ging eine Tötung voraus.

Die Expert*innen haben 2.616 Berichte in Websites, Protokollen und Regelungen bis Februar 2022 identifiziert, die sich mit diesem Thema beschäftigen. Sie haben sowohl die Regeln für zulässige Tötung auf Verlangen als auch den Umgang mit kontrolliert verstorbenen Herztoten und die nachfolgenden Organentnahmen angesehen. In acht Ländern ist die Organentnahme nach vorheriger, einvernehmlicher Tötung des Spenders erlaubt. Dazu gehören, neben den erwähnten Ländern verschiedene Provinzen in Australien, Neuseeland und Kolumbien. In 17 Ländern ist es zulässig, Organe von Herztoten zu entnehmen.

Geltende Gesetze verbieten ODE nicht, aber erwähnen sie auch nicht. Es gibt nur Statements wie »Beendigung von Leben mit Euthanasie schließt nicht unbedingt Organ- und Gewebespende aus«, erklären die Expert*innen. Die 2017 erstmals versuchte Praxis, Euthanasie zu Hause vorzunehmen und dann im Krankenhaus Organe zu entnehmen (ODEH), sei möglich, wenn ein behüteter Tod dadurch nicht behindert würde.

In den Niederlanden und in Spanien gibt es bereits ODE-Regeln. Man versucht, die Entscheidung für die Tötung und die Vorbereitung der Organentnahme von der Beratung der Familie des Sterbewilligen zu trennen. Regelungen für ODEH existieren nicht, aber verschiedene Modelle. In den Niederlanden beispielsweise wartet ein Mediziner oder eine Medizinerin in der Nähe des Ortes, wo der oder die Patientin sterben wird. Noch sediert werden die Betroffenen ins Krankenhaus gebracht, die Intensivmediziner*innen werden zuvor informiert.

Wahrlich ein zweckdienliches »Körper-Projekt«. Die Patient*innen sollen ihren Körper als Ressource für andere verstehen lernen und das als »moralisch« hochwertig und »selbstbestimmt« empfinden. Deren Zahl soll ansteigen. Probleme gibt es noch, sie betreffen hauptsächlich die Verfahren: Wie kann die Entscheidung zur Euthanasie von jener für die Organentnahme getrennt werden? Welche medizinischen Interventionen sind vor dem Tod zulässig, zum Beispiel beim Legen von Kanülen für die notwendige Kühlflüssigkeit oder Medikationen? Was hat das für Effekte auf das Erleben des Lebensendes? Klar ist: Es würden mehr Organe zugänglich, und der Tod wird so mit einem eindeutigen Zweck ausgestattet.

> Neben den angeblich zu niedrigen Spendezahlen wird immer wieder auf das »Selbstbestimmungsrecht« der Patient*innen verwiesen.

In Deutschland ist es weder erlaubt, Menschen auf Verlangen zu töten noch Patient*innen nach Herz-Kreislauf-Stillstand Organe zu entnehmen. Mit einer gesetzlichen Regelung der Beihilfe zum Suizid, die derzeit ja diskutiert wird, würde aber möglicherweise und perspektivisch der Weg hin zur ärztlichen Tötung auf Verlangen beschritten.

Die Bundesärztekammer hat seit 1995 wiederholt erklärt, dass der Herzstillstand allein kein sicheres Todeszeichen ist. Gegen eine solche Annahme sprechen unter anderem erfolgreiche Reanimationen. Auch der Deutsche Ethikrat sprach sich 2015 mehrheitlich dagegen aus, Organentnahme nach Herztod zuzulassen. Anders die Deutsche Transplantationsgesellschaft, sie will Organentnahmen auch nach diagnostiziertem Herztod ergebnisoffen diskutiert sehen. Einige Mediziner*innen haben inzwischen damit angefangen *(→ Randbemerkung)*. Neben den angeblich zu niedrigen Spendezahlen wird auch immer wieder auf das »Selbstbestimmungsrecht« der Patient*innen verwiesen.

Ein Grund mehr, neben der Aufrechterhaltung des gesetzlichen Verbots der Tötung auf Verlangen auch über den Inhalt der »Selbstbestimmung« zu sprechen – und über das Verhältnis zum Tod, jenseits medizinischer Nützlichkeiten.

Ins Gespräch bringen

Dass medizinische Fachgesellschaften mediale Berichte promoten, ist nicht die Regel. Anlass dafür sah jüngst die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), sie meldete am 9. Februar auf ihrer Homepage: »Nach dem Besuch des DIVI22 sowie intensiven Gesprächen – unter anderem mit dem DIVI-Sektionssprecher Dr. Michael Lücking – bringt die Fachjournalistin Ursula Rüssmann die Diskussion um die Organspende nach Herz-Kreislauf-Stillstand (DCD) innerhalb der Bevölkerung ins Rollen. In einem Kanon von drei Beiträgen in der *Frankfurter Rundschau* beleuchtet sie die DCD-Spende aus verschiedenen Perspektiven.« DIVI wies auch darauf hin, dass Lücking in Rüssmanns Artikel namens »Ist der Herztod der falsche Tod?« so zitiert wurde: »›Mit der Organspende nach kontrolliertem Herz-Kreislauf-Stillstand könnten wir deutlich mehr Sterbenden auf der Intensivstation ihren Wunsch nach einer Organspende erfüllen‹, so Sektionssprecher Lücking.« Es gibt weitere Stimmen, die Explantationen dieser Art ins Gespräch bringen. Am 1. März erhielt Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach einen Offenen Brief vom Bündnis ProTransplant. Die Unterzeichner*innen – mehrere Patient*innenverbände und Fachgesellschaften, darunter die Deutsche Transplantationsgesellschaft – forderten gemeinsam: »Deutschen Irrweg in der Organspendepolitik beenden«. Das Bündnis will, was auch Lauterbach vorhat: Einführung der Widerspruchsregelung *(→ BIOSKOP Nr. 101)*. Thematisiert wird im Offenen Brief auch »Organspende nach Kreislauftod« (DCD). Dazu liest mensch u.a.: »DCD gilt bereits in 17 europäischen Ländern, in 8 Ländern ist die Einführung geplant – warum nicht in Deutschland?«

Riskanter Entwurf

Datenschützer*innen fordern vertrauenswürdige und klare Regeln für den geplanten »Europäischen Gesundheitsdatenraum«

Das Kürzel EHDS steht für European Health Data Space – auf Deutsch: Europäischer Gesundheitsdatenraum. Der ist zwar noch eine politische Vision, wird aber gezielt angestrebt, gefördert und beworben. Datenschützer*innen sehen diverse Risiken.

Was perspektivisch passieren soll, steht in einem Vorschlag für eine Verordnung, ausgearbeitet von der EU-Kommission. Die erklärte am 3. Mai 2022, bei der ersten Präsentation ihres Vorschlags: »Der europäische Raum für Gesundheitsdaten schafft einen soliden Rechtsrahmen für die Verwendung von Gesundheitsdaten für Forschung, Innovation, Gesundheitswesen, Politikgestaltung und Regulierungszwecke.« Forscher*innen, Innovator*innen, öffentliche Einrichtungen und Unternehmen sollten künftig »Zugang zu großen Mengen an Gesundheitsdaten von hoher Qualität« erhalten. Es gehe um Daten, die »für die Entwicklung von lebensrettenden Behandlungen, Impfstoffen oder Medizinprodukten von entscheidender Bedeutung sind« – ermöglicht werden soll der Zugang »unter strengen Bedingungen«.

Die Konferenz der deutschen Datenschutzbehörden des Bundes und der Länder (DSK) hat sich den EU-Verordnungsentwurf inzwischen genau angeschaut; Erkenntnisse ihrer Stellungnahme gab sie am 5. April 2023 per Pressemitteilung bekannt, ihre Kernbotschaft an die EU-Kommission: »dringend beim Entwurf für den Europäischen Gesundheitsdatenraum nachbessern!«

Heikel seien insbesondere Regelungen zu »diversen sekundären Nutzungszwecken«, etwa Verwendung der elektronischen Daten für Zwecke der Forschung oder zum Training künstlicher Intelligenz. In diesem Zusammenhang kritisiert die Datenschutzkonferenz, dass im Verordnungsentwurf »nicht erkennbar ist, ob und wenn ja, inwieweit den betroffenen Personen überhaupt Rechte eingeräumt werden«. Die deutschen Datenschützer*innen fordern, die Rechte der Betroffenen zu verbessern und für Rechtsklarheit zu sorgen. Notwendig sei es auch, die »technische Umsetzung zur Gewährleistung eines hohen Sicherheitsniveaus« erheblich besser zu regeln. Eindeutig ist auch diese Positionierung der DSK: »Die Datenschutzkonferenz fordert zudem die Streichung der vorgesehenen Regelung zur Bereitstellung von persönlichen Genomdaten, da dies in den intimsten Bereich der betroffenen Personen und ihrer Angehörigen eingreift.«

> »Missbrauch oder Datenpannen können drastische Auswirkungen für die betroffenen Personen haben.«

Warum sie und ihre Kolleg*innen vertrauenswürdige und rechtsklare Regelungen gerade beim EHDS so wichtig finden, brachte die amtierende DSK-Vorsitzende Marit Hansen so auf den Punkt: »Es geht hier um Gesundheitsdaten, die besonders sensibel sind und einen hohen Schutzbedarf aufweisen. Missbrauch oder Datenpannen können drastische Auswirkungen für die betroffenen Personen haben.« Datenschutz-Standards, garantiert durch die Datenschutz-Grundverordnung und die Europäische Grundrechtecharta, müssten auch im EHDS eingehalten werden.

In ihrer Stellungnahme gehen die Datenschützer*innen auch auf die geplante »Zugangsstelle für elektronische Gesundheitsdaten« ein, sie stellen dazu fest: »Aufgaben und die Verfahren bei der Zugangsstelle müssen so konzipiert sein, dass insbesondere die Grundsätze der Datenminimierung und Erforderlichkeit gewahrt werden und die noch einzuräumenden Betroffenenrechte barrierefrei ausgeübt werden können.«

Der Entwurf der EU-Kommission sehe eine zentrale Zusammenführung von Klardaten bei der Zugangsstelle vor, so dass sie Datensätze mit identifizierenden Angaben erhalten könne. Dies sei nicht nur riskant, sondern auch »unzulässig«, schreibt die DSK und fordert: »Die Daten sind vor der anlassbezogenen und temporären Zusammenführung zu pseudonymisieren oder zu anonymisieren.«

Klaus-Peter Görlitzer

»Ob sie wollen oder nicht«

Der geplante Europäische Gesundheitsdatenraum (EHDS) wird alle EU-Bürger*innen betreffen. Was sich da anbahnt, ist für die potenziell Betroffenen schwer zu durchschauen, zumal es hierzulande bisher kaum öffentliche Informationen zu diesem Mega-Projekt gibt. Umso verdienstvoller, dass inzwischen eine ehrenamtliche Initiative, hervorgegangen aus dem Arbeitskreis Vorratsdatenspeicherung, begonnen hat, ein Infoportal zum brisanten EHDS-Thema aufzubauen – mit kritischer Grundhaltung. Auf der Seite *https://ehds.patientenrechte-datenschutz.de/de/* stehen mittlerweile diverse Links, Artikel und Stellungnahmen, die beim Durchblick helfen können. Verlinkt ist auch eine Stellungnahme der EU-Datenschutzbehörden. Die einschlägigen EU-Dokumente zum EHDS sind über diese Webseite ebenso zu finden wie nachdenkliche Stellungnahmen, verfasst von diversen Fachleuten und Nicht-Regierungsorganisationen. Ein sogenannter Alarmtext der Portalmacher*innen hilft zu verstehen, was die EU-Kommission mit dem EHDS im Kern vorhat – Leseprobe: »Alle Bürgerinnen und Bürger sollen automatisch elektronische Patientenakten (ePA) erhalten, ob sie wollen oder nicht. Praktisch alle anfallenden Patientendaten sollen zur Nutzung durch jeden, der ein ›Forschungsinteresse‹ anmeldet, freigegeben werden. Im EHDS-Entwurf taucht als erstes der ›Anspruch‹ aller Menschen auf digitalen Zugang zu ihren Daten auf – ohne Möglichkeit zum Widerspruch.«

»Patienten-Verdatung«

heißt ein spannender Bereich auf unserer Homepage *https://www.bioskop-forum.de.* Veröffentlicht sind dort viele Texte, die Digitalisierung und Telematik kritisch beleuchten. Auch rechtliche Entwicklungen nehmen wir dort in den Blick, zum Beispiel das Infragestellen und schleichende Aushöhlen der informierten Einwilligung, zunehmend zu beobachten auch im Bereich medizinischer Forschung.

Korrekter Hinweis

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz mischt sich gern öffentlich und meinungsstark ein, zum Beispiel beim Thema »Suizidhilfe«. Als Kritikerin der Digitalisierung im Gesundheitswesen ist die Stiftung bisher aber nicht aufgefallen, und für ihren Vorstand Eugen Brysch ist es auch »grundsätzlich zu begrüßen, dass die E-Patientenakte (ePA) jetzt endlich aus dem Milliardengrab steigen soll«, teilte die Stiftung am 9. März per Presseerklärung mit. Allerdings forderte Brysch in derselben Mitteilung auch, dass Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach seine ePA-Pläne nachbessern müsse.

Lauterbach hatte angekündigt, dass die bisher freiwillige ePA ab Ende 2024 für alle gesetzlich Krankenversicherten verbindlich und automatisch eingerichtet werden soll *(→ BIOSKOP Nr. 101)*. Wer das nicht will, muss diesem Vorgehen im Nachhinein ausdrücklich widersprechen – im Fachjargon wird das gern »Opt-Out-Prinzip« genannt. Brysch stellt in seinem Statement klar, was ePA-Kritiker*innen auch immer wieder sagen: »Schweigen bedeutet nicht Zustimmung«.

Den Bürger*innen dürfe die Kontrolle über ihre medizinischen Informationen nicht entzogen werden. Der Forschung umfassende Daten anonymisiert zur Verfügung zu stellen, findet Brysch »bedeutsam für die Bevölkerung«. Der Gesetzgeber habe aber »dafür Sorge zu tragen, dass so gewonnene Ergebnisse ungefiltert veröffentlicht werden«.

Digitale Partnerschaft

Die Europäische Kommission hat am 6. Juni einen bemerkenswerten »Startschuss« gemeldet – »für eine wegweisende Partnerschaft im digitalen Gesundheitswesen«, vereinbart mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die Pressemitteilung fand hierzulande kaum Resonanz, obwohl es wesentlich auch um ein Thema ging, dass lange Zeit die Schlagzeilen dominierte: Covid 19, die Pandemie!

»Im Juni 2023«, kommunizierte die EU-Kommission, »wird die WHO das digitale Corona-Zertifizierungssystem der Europäischen Union für ein weltweites System übernehmen, das die globale Mobilität vereinfachen und Menschen in aller Welt besser vor aktuellen und künftigen Gesundheitsrisiken schützen wird.«

Perspektivisch gehe es aber nicht nur um den digitalen Nachweis, gegen Corona geimpft, getestet oder von besagtem Virus genesen zu sein. Die Übernahme des während der Pandemie in vielen Staaten eingesetzten Kontrollsystems sei »der erste Baustein für das globale digitale Netzwerk für Gesundheitszertifizierung« der WHO, dieses werde ein »breites Spektrum an digitalen Produkten für eine bessere Gesundheitsversorgung für alle entwickeln«. Im ersten Schritt werde nun sichergestellt, »dass die digitalen EU-Zertifikate weiter funktionieren«.

Perspektivisch solle die digitale Partnerschaft, basierend auf dem »umfassenden Know-how der EU-Kommission«, dazu dienen, das WHO-System in einem »stufenweisen Ansatz« technisch weiterzuentwickeln – »um zusätzliche Anwendungsfälle einzubeziehen, wie beispielsweise die Digitalisierung des Internationalen Impfpasses«. In diesem Dokument sind diverse Impfungen vermerkt, also nicht nur solche, die gegen Covid-19 wirken sollten.

Welche weiteren Produkte und »Anwendungsfälle« genau angestrebt werden und zu welchen Zwecken die Innovationen eingesetzt werden sollen, steht nicht in der Pressemitteilung der EU-Kommission. Sie verheißt aber eine »bessere Gesundheit für alle durch langfristige digitale Partnerschaft« und versichert, die WHO werde »keinen Zugriff auf die zugrunde liegenden personenbezogenen Daten erhalten, die weiterhin ausschließlich Sache der Staaten bleiben«.

Freizügigkeit erleichtern?

Das im Juli 2021 offiziell eingeführte digitale Corona-Zertifikat hat laut Pressemitteilung der EU-Kommission bezweckt, »die Freizügigkeit innerhalb der eigenen Grenzen zu erleichtern«. Allerdings haben ungezählte Menschen die Pflicht, ein solches Zertifikat bei vielen Anlässen vorweisen zu müssen – bei Grenzübertritten ebenso wie bei Veranstaltungen in Deutschland – ganz anders empfunden, zum Beispiel als staatlich organisierte Infragestellung ihrer Freiheit. Wie sinnvoll und effektiv derartige Kontrollen des Impfstatus überhaupt waren, wäre eine der Fragen, die unabhängige Fachleute mal sachlich überprüfen könnten – wenn man sie denn damit beauftragen würde *(→ Seite 13)*.

Manche Menschen hatten ja gemutmaßt, dass während der Pandemie erstaunlich schnell eingeführte Innovationen nicht nur die Gesundheit schützen, sondern perspektivisch auch digitale Kontrollinstrumente dauerhaft etablieren und Interessen der IT-Industrie bedienen sollten.

Im Einzellfall wäre das genau zu untersuchen. Mensch tut jedenfalls gut daran, Entwicklung und Anwendung auch künftiger Zertifikate und Produkte sensibel zu beobachten – Interessen der beteiligten Fürsprecher*innen und Firmen inklusive.

Klaus-Peter Görlitzer

Mal nachschauen

Ein Mediziner, der die Digitalisierung des Gesundheitswesens seit vielen Jahren gut informiert und kritisch begleitet, ist der Hausarzt Wilfried Deiß aus Siegen. Auch um seine Patient*innen für das Telematik-Thema zu sensibilisieren, hat Deiß diverse Papiere veröffentlicht. Eine neue, 4-seitige Information erschien im April 2023, im Fokus stehen die elektronische Patientenakte (ePA) und das sogenannte, von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach angestrebte Opt-Out-Verfahren *(→ BIOSKOP Nr. 101)*. In seiner Zusammenfassung bemerkt Deiß u.a.: »Wenn Sie NICHT aktiv widersprechen, gelangt Ihre Krankenakte in kompletter (ausformulierter) Form in die Elektronische Patientenakte. Das ist sozusagen eine Kopie aller Arztberichte/Facharztberichte/Krankenhausberichte, die bisher Ihr Hausarzt für Sie gesammelt hat. Diese komplette Krankenakte gelangt automatisiert-pseudonymisiert zum Forschungsdatenzentrum. Dort erhalten viele Arten von ›Forschern‹ Zugriff. Inzwischen muss ich diese Aussage sogar noch korrigieren: Die neuesten Gesetzesentwürfe für die ›Gesundheitsdatennutzung‹ sehen vor, dass Widerspruch bei der Lieferung der Daten an das Forschungsdatenzentrum (FDZ) nicht mehr möglich sein soll.«

Wer auf die Deiß-Analysen aufmerksam werden will, kann auch auf Twitter nachschauen: *https://twitter.com/deisswilfried*

Bescheidene Verbesserungen

Pflegegesetz beschlossen – weitreichende Reform verheißen

Klaus-Peter Görlitzer (Hamburg), Journalist, verantwortlich für BIOSKOP

Der Name klingt viel versprechend: Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG). Die Reform, die der Bundestag am 26. Mai mit den Stimmen von SPD, Grünen und FDP beschlossen hat, hilft den Betroffenen eher wenig. Zwar werden pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen an einigen Stellen etwas entlastet – gleichzeitig werden aber die Beiträge zur Pflegeversicherung angehoben.

Die Pflegereform ist umstritten, viele hatten hier viel mehr erwartet. Dem Bundesgesundheitsminister ist das bewusst, vor der Abstimmung am 26. Mai räumte Karl Lauterbach ein: »Ich weiß, dass dieses Gesetz nicht perfekt ist.« Lauterbach stellte aber in Aussicht, dass die nächste Reform bereits angepeilt sei: »In einem Jahr werden wir die Basis der Finanzierung der Pflegeversicherung verbreitern; darauf haben wir uns in der Ampelregierung geeinigt.«

Einen Effekt der Reform werden viele Menschen bald bemerken: Zum 1. Juli steigt der Beitragssatz zur Pflegeversicherung grundsätzlich um 0,35 Prozent des Bruttoeinkommens auf dann 3,4 Prozent, aufzubringen je zur Hälfte von Versicherten und Arbeitgebern. Auch neu: Die Anzahl der Kinder wird bei der Berechnung berücksichtigt, Kinderlose zahlen mehr, Kinderreiche weniger, alle Details stehen auf der Webseite *www.bundesgesundheitsministerium.de/*. Lauterbach rechnet ab 2024 mit jährlichen Mehreinnahmen von 6,6 Milliarden Euro – 2,6 Milliarden davon sollen eine strukturelle Finanzlücke füllen, 4 Milliarden sollen in Verbesserungen von Leistungen gesteckt werden.

> »In einem Jahr werden wir die Basis der Finanzierung der Pflegeversicherung verbreitern.«

In der Regel geht es dabei um etwas mehr Geld. Menschen, die zu Hause gepflegt werden, erhalten ab 2024 fünf Prozent mehr Pflegegeld, die gleiche Erhöhung gilt auch für ambulante Sachleistungen wie häusliche Pflegehilfen durch ambulante Pflege- und Betreuungsdienste. 2025 wird die Steigerung dann 4,5 Prozent betragen, eine weitere Erhöhung soll es erst ab 2028 geben, orientiert am Anstieg der Kerninflationsrate in den drei vorausgehenden Kalenderjahren. Für Angehörige ist es ab 2024 möglich, pro Kalenderjahr für zehn Arbeitstage die Lohnersatzleistung namens Pflegeunterstützungsgeld zu erhalten – bislang war das nur einmalig möglich. Eine Verbesserung für Angehörige ist auch das sogenannte Entlastungsbudget. Bedeutet, dass sie die Leistungen der Verhinderungspflege (bisher bis zu 1.612 Euro) und Kurzzeitpflege (bisher bis zu 1.774 Euro) bald flexibel kombiniert beanspruchen können, diese Regelung gilt für alle Pflegebedürftigen ab Juli 2025, gezahlt werden dann jährlich 3.539 Euro.

In Pflegeheimen ist das Leben teuer. Die Eigenanteile, die Bewohner*innen selbst aufbringen müssen, sind stetig gestiegen, derzeit lagen sie laut Zahlen des Verbandes der Ersatzkassen Anfang 2023 bei durchschnittlich 2.468 Euro pro Monat. Auch hier wird es ab 2024 etwas mehr Geld von der Pflegekasse geben, in der Regel fünf Prozent mehr als bisher – wobei mit einer weiteren, kräftigen Steigerung der Heimkosten gerechnet werden muss.

In der Debatte am 26. Mai mussten sich die Ampelkoalitionär*innen reichlich Kritik anhören. Die erste Rednerin der Union, Diana Stöcker, rief Lauterbach zu: »Was Sie uns nun vorlegen, ist keine Reform, sondern ein dürftiges Auf-Sicht-Fahren – wieder mal der kleinste gemeinsame Nenner.« Dass das Gesetz nicht tragfähig sei, belege auch die Tatsache, dass Lauterbach die Finanzierung der Pflegeversicherung demnächst noch mal angehen wolle. Stöckers Fraktionskollegin Simone Borchardt erklärte, das Entlastungsbudget sei zwar richtig, komme aber viel zu spät«. »Die Entlastung der pflegenden Angehörigen«, sagte Borchardt, »fällt im Gegenzug viel zu gering aus.« Ates Gürpinar, Redner der Linken, verwies auf den alternativen Antrag seiner Fraktion, der einstimmig abgelehnt wurde *(→ Seite 9)*.

Kordula Schulz-Asche von den Grünen erinnerte an den Koalitionsvertrag, den ihre Partei mit SPD und FDP geschlossen und der mehr verheißen hatte. »Wir gehen davon aus, dass die Versprechen aus dem Koalitionsvertrag, die wir den Menschen gemacht haben, bald eingehalten werden.« Es sei »keine nachhaltige Lösung, ausschließlich über die Anhebung des Beitragssatzes sicherzustellen, dass die Pflegeversicherung ausreichend Mittel zur Verfügung hat«. Das PUEG sei »nur der Anfang einer weitreichenden Pflegereform, die ansteht«.

Herzlicher Dank

Erster Redner in der Bundestagsdebatte zur Pflegereform war der Bundesgesundheitsminister persönlich. Karl Lauterbach begann seinen Beitrag mit Worten des Dankes – gerichtet an Millionen Menschen, die täglich Pflegearbeit leisten, ehrenamtlich oder professionell. Lauterbach erklärte unter anderem: »Es gibt keine technische Lösung, es gibt keinen Roboter, der die Zuwendung, die Nächstenliebe, die Fürsorge eines Menschen ersetzen kann. Das müssen wir uns immer vor Augen führen. Ich muss Ihnen aber auch sagen, dass es in der Pflegeversicherung keine Effizienzreserve mehr gibt. Wir können uns glücklich schätzen, dass in Deutschland ein so großer Teil der Pflege durch Angehörige erbracht wird wie auch durch Menschen, die sich mit Idealismus der Pflege widmen. Daher möchte ich ihnen, bevor ich überhaupt auf die Pflegereform zu sprechen komme, an dieser Stelle ganz herzlich im Namen von uns allen danken: Ohne ihre Arbeit könnten wir unsere Arbeit nicht tun.«

Aktuelle Infos von der *BIOSKOP*-Redaktion zu vielen biopolitischen Themen lesen Sie kontinuierlich auch via Twitter: **@newsBioskop** – Surfen Sie mal hin!

Pointierte Bewertungen

Viele Verbände haben das Pflegegesetz der Ampel-Fraktionen kritisiert, teils empört und mit aufrüttelnden Worten. Nur drei ausgewählte Stimmen.

Der Kommentar von Maria Loheide, Vorständin Sozialpolitik der Diakonie Deutschland, war deutlich: »Dieses Gesetz ist eine Enttäuschung für alle Pflegebedürftigen, Pflegenden und Angehörigen. Es lässt vor allem pflegende Angehörige im Regen stehen, die nach wie vor die größten Pflegeleistungen schultern«, sagte Loheide am 25. Mai. »Die Kostensteigerungen der letzten Jahre werden bei weitem nicht von der Pflegeversicherung ausgeglichen.« Statt weiterer »Flickschusterei« fordert die Diakonie »eine grundlegende Reform der Pflege – und zwar bald«. Andernfalls, so Loheides Warnung, »riskieren wir, dass Pflegebedürftige nicht mehr professionell versorgt werden können und pflegende Angehörige erschöpft aufgeben müssen. Das wäre eine Katastrophe!«.

Der Deutsche Pflegerat (DPR) titelte am selben Tag: »Pflegepolitik ohne Sicherung der Versorgung«. Dessen Vorsitzende Christine Vogler sagte: »Wir hätten uns gewünscht, dass die Gesundheitsversorgung endlich insgesamt angefasst wird. Dass das System überhaupt stabilisiert wird. Verabschiedet wird jetzt dagegen eine nur kurzfristige, notdürftige Rettung des Systems, um dieses am Laufen zu halten.« Nach Voglers Einschätzung wird das nicht lange gut gehen: »Das wenig nachhaltige Handeln von heute holt uns spätestens in fünf Jahren ein. Dann ist der Kipppunkt erreicht.«

Der Sozialverband VdK, der wenige Tage vor der Abstimmung im Bundestag eine alarmierende Studie zur Pflege veröffentlicht hatte *(→ Seite 10)*, bewertete die verabschiedete Reform als »reine Augenwischerei«. VdK-Präsidentin Verena Bentele erklärte, welche Handlungsbedarfe sie sieht: »Es fehlt an allen Ecken und Enden an Tagespflegeplätzen, und ein Online-Portal, das bundesweit freie Plätze anzeigen sollte, ist wieder aus dem Gesetzentwurf verschwunden.« Die häusliche Pflege soll nach Meinung des VdK weiter ausgebaut werden. »Aus unserer Sicht«, so Bentele, »braucht es dafür einen Pflegelohn sowie Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige, um sie vor Altersarmut zu schützen. Das verstehen wir unter einer nachhaltigen Unterstützung der Nächstenpflege.«

> »Reine Augenwischerei«

Abgelehnter Antrag

Die Pflegereform der Ampel-Fraktionen wurde von der Opposition im Bundestag einhellig abgelehnt. Das Gesetz, das für Unterstützung und Entlastung in der Pflege sorgen soll, verdiene diesen Namen nicht, kritisierte Ates Gürpinar, der in der Debatte für die Linken sprach. Einerseits würden durch die Reform Versichertenbeiträge erhöht. Andererseits reichten die beschlossenen Erhöhungen bei den Pflegeleistungen bei weitem nicht aus, angesichts einer »Inflation von 17 Prozent« seit 2017, als das Pflegegeld letztmals erhöht worden war.

Wie es nach ihrer Meinung gerechter zugehen könnte, erklärten die Linken, die ja die kleinste Fraktion im Bundestag stellen, in einem eigenen Antrag. Ihr Papier, abgelehnt von allen anderen Fraktionen, fordert unter anderem, sämtliche Pflegeleistungen, die die Reform der Ampel in der Regel um 5 Prozent erhöht hat, um 20 Prozent anzuheben. Zudem müssten alle Leistungen künftig »jährlich entlang der aktuellen Teuerungsrate« dynamisiert werden.

Die Linken halten das für bezahlbar, zur »Gegenfinanzierung der sofortigen Leistungsverbesserungen« schlagen sie vor, »übergangsweise Steuermittel des Bundes« einzusetzen. Die Beiträge der Pflichtversicherten sollten auf alle Einkommensarten, also »beispielsweise auch auf Kapitaleinkommen« ausgeweitet werden, fordern die Linken. Zudem wollen sie, dass privat Pflegeversicherte perspektivisch in das System der sozialen Pflegeversicherung einbezogen werden.

Die Linken plädieren in ihrem Antrag dafür, eine »Konzertierte Aktion Langzeitpflege« zu starten, mitwirken sollten Pflege-, Sozial-, Patient*innenverbände, aber auch Pflegekassen, Länder, Kommunen, Gewerkschaften und Arbeitgeber aus der Pflege. Ziel der Aktion soll es sein, »einen möglichst breiten gesellschaftlichen Konsens über die Maßnahmen zu gewinnen, welche Leistungsverbesserungen wann erfolgen sollen«. Angesichts der Tatsache, dass die Pflegeversicherung das Risiko eines Pflegebedarfs nur zum Teil absichert, droht auch das »Risiko, in unverschuldete Armut zu geraten – um so mehr, je weniger persönliche Ressourcen man hat«. Es bestehe daher, meinen die Linken, »die Notwendigkeit, die Leistungen – ähnlich wie es bei der Krankenversicherung gegeben ist – fortzuentwickeln, hin zu einer ausreichenden Absicherung des Pflegerisikos«.

Bemerkenswerte Begründung

Das Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (PUEG) wurde auch in einer Öffentlichen Anhörung im Bundestag unter die Lupe genommen. Einer der Fachleute, die am 10. Mai dabei waren, ist der Gesundheitsforscher Heinz Rothgang von der Universität Bremen. In seiner 22-seitigen schriftlichen Stellungnahme erinnerte Professor Rothgang auch an frühere politische Versprechen: »Als die Pflegeversicherung 1994 eingeführt wurde, wurde dies damit begründet, dass so pflegebedingte Verarmung verhindert und Lebensstandardsicherung als Leitbild eines konservativen Wohlfahrtsstaats – ermöglicht werden sollte.« Was grundsätzlich zu tun ist, um dem alten Anspruch in Zukunft gerecht zu werden, erklärte Prof. Rothgang so: »Soll an dem Ideal festgehalten werden, dass Pflegebedürftigkeit nicht zu Verarmung führen soll und Menschen am Lebensende bei Auftreten von Pflegebedürftigkeit nicht auf Fürsorgeleistungen angewiesen sein sollen, sind Maßnahmen einer Finanzreform auf zwei Ebenen notwendig: Erstens müssen die Eigenanteile begrenzt und wenn möglich zurückgeführt werden und zweitens müssen die Beitragssatzanstiege begrenzt werden, die ansonsten daraus resultieren, dass die Finanzierungsverantwortung weiter von den Individuen hin zur kollektiven Absicherung in der Pflegeversicherung verschoben werden.«

Reförmchen statt Reform?

Pläne zur Umgestaltung der Kliniklandschaft sind umstritten

Martina Keller (Hamburg), Journalistin

Das zähe Ringen um die Umgestaltung der Krankenhauslandschaft geht weiter. Gemäß einem Beschlussvorschlag für die Gesundheitsministerkonferenz lehnen die Bundesländer die Einteilung der Krankenhäuser in Level ab – ein zentrales Element der geplanten Reform von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD). Experten befürchten, dass die Pläne verwässert werden.

Anfang Mai tagten in Reutlingen die Amtschefs der Länder, um die Gesundheitsministerkonferenz Anfang Juli in Friedrichshafen vorzubereiten. Die Leiterinnen und Leiter der Gesundheitsabteilungen aller Länder verabschiedeten einstimmig eine vertrauliche Beschlussvorlage, die *BIOSKOP* vorliegt. In dem Papier betonen die Amtschefs, dass Krankenhausplanung Ländersache sei und »ohne Abstriche in Länderhand bleiben« müsse. Vom Bund definierte und vorgegebene Level seien »für eine Krankenhausstrukturreform nicht notwendig«.

Genau diese Einteilung ist aber ein zentrales Element des Vorschlags der Regierungskommission. Vorgesehen sind drei Level, die eine bessere Versorgungsqualität gewährleisten sollen: Universitätskliniken und Maximalversorger in Level 3, Schwerpunktversorger in Level 2 und Krankenhäuser, die nur noch wenige Leistungen anbieten dürfen, in Level 1, das noch mal unterschieden ist in 1i und 1n: Kliniken des Levels 1n halten zusätzlich Notfallmedizin vor.

Welche Leistungen die Krankenhäuser auf dem jeweiligen Level anbieten dürfen, wird durch sogenannte Leistungsgruppen beschrieben, an die Strukturvorgaben geknüpft sind. Die von Lauterbach eingesetzte Expertenkommission hatte sich ursprünglich für eine möglichst feine Differenzierung in 128 Leistungsgruppen

›

Fragwürdiger Trend

Das Geschäft mit der befristeten Leiharbeit boomt. Auch Kliniken und Pflegeheime greifen zunehmend auf Fachkräfte zurück, die ihnen von Zeitarbeitsfirmen gegen Entgelt überlassen werden. Laut einer Studie der Bundesagentur für Arbeit waren 2018 in der Krankenpflege rund 22.000 (2014: 12.000) Leiharbeitnehmer*innen tätig, in der Altenpflege lag deren Zahl im Jahr 2018 bei 12.000 (2014: 8.000). »Leiharbeit«, erklärt der Deutsche Pflegerat, habe »ihren Ursprung in den unzureichenden Arbeitsbedingungen und im Personalmangel, die eine Kompensation bei einem Ausfall des Stammpersonals nicht erlauben«. Dies sei auch nicht gut für Patient*innen und Heimbewohner*innen. »Die zu pflegenden Menschen«, so der Pflegerat, »benötigen eine Versorgung durch professionell Pflegende, die ihnen vertraut sind und die ihre Situation, Bedürfnisse und Bedarfe kennen. Das kann Leiharbeit nicht sicherstellen«. Der Pflegerat fordert, die Arbeitsbedingungen in den Einrichtungen so zu verbessern, dass Leiharbeit »überflüssig« wird. Ideen dafür skizziert der Pflegerat in einem Positionspapier, adressiert an Politik, Kostenträger und Arbeitgeber. Gefordert wird zum Beispiel, regulär angestellte Pflegekräfte von pflegefremden Tätigkeiten zu entlasten und ihnen eine »angemessene Vergütung« zu zahlen, »die der beruflichen Verantwortung gerecht wird«. Wenn Leiharbeitskräfte in der Pflege eingesetzt werden, müsse dies gegenüber den Betroffenen und ihren Angehörigen stets transparent gemacht werden.

Häusliche Pflege untersucht

»Die Politik lässt vier Millionen Pflegebedürftige, die von ihren Familien zu Hause gepflegt werden, im Stich.« Kritisiert Verena Bentele, Präsidentin des Sozialverbandes VdK – und begründet dies mit einer aktuellen Studie, erstellt im Auftrag des VdK.

Der Bundesgesundheitsminister hatte am 17. Mai einen wichtigen Termin in Berlin. Beim VdK-Bundesverbandstag war Karl Lauterbach (SPD) persönlich dabei – und bekam dort auch frisch Gedrucktes überreicht: den 236 Seiten dicken Abschlussbericht zur VdK-Pflegestudie, Titel: »Pflege zu Hause – zwischen Wunsch und Wirklichkeit«.

Laut den Zahlen des Statistischen Bundesamts wurden im Jahr 2021 fast 4,2 Millionen pflegebedürftige Menschen zu Hause versorgt. Die neue Studie basiert auf einer Befragung von 54.000 VdK-Mitgliedern, ausgeführt vom Pflegewissenschaftler Andreas Büscher, Professor an der Hochschule Osnabrück. »Die Datenlage ist eindeutig«, sagt VdK-Präsidentin Bentele, »wir wissen, wo es hakt und wer Unterstützung braucht – und dann folgt vonseiten der Politik nichts«.

Die Studie bilanziert, dass 91 Prozent der Pflegenden sich »freiwillig und bewusst« dafür entschieden haben, ihre Angehörigen zu Hause zu pflegen – unter Belastungen, die »enorm« und zeitaufwändig sind: 37 Prozent der befragten Pflegenden versorgten ihre Angehörigen schon länger als fünf Jahre, 23 Prozent taten dies mindestens 40 Stunden in der Woche. Die Mehrheit der Pflegenden (59 Prozent) vernachlässigt laut Studie die eigene Gesundheit.

Trotz solcher Bedingungen haben 93 Prozent »keinen Zugang zur Tagespflege gefunden« und 62 Prozent nutzten keinen Pflegedienst. »Passende Angebote fehlen oder die Zuzahlungen sind zu hoch«, bemerkt dazu der VdK und erklärt: »Aufgrund enormer Bürokratie und fehlender Beratungsangebote werden viele Angebote nicht abgerufen. Die Pflegeversicherung spart dadurch zwölf Milliarden Euro im Jahr.«

Besonders vulnerabel sind laut Bentele pflegende Eltern, 64 Prozent unterstützen ihr Kind »regelmäßig auch in der Nacht« – und würden »bei dieser lebenslangen Aufgabe von der Politik vergessen«. Auch angesichts solcher Befragungsergebnisse fordert die VdK-Präsidentin, dass noch in diesem Jahr eine Pflegereform auf den Weg gebracht wird, die den Namen auch wirklich verdiene. »Die Nächstenpflegenden brauchen jetzt Unterstützung«, sagte Bentele am 17. Mai, die im Koalitionsvertrag von SPD, Grünen und FDP »versprochene Stärkung der häuslichen Pflege muss jetzt endlich ins Gesetz«.

Ob Sozialdemokrat Karl Lauterbach die Studie des Sozialverbands von vorne bis hinten gelesen hat, ist nicht überliefert. Das am 26. Mai beschlossene Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege ist jedenfalls nicht diejenige politische Unterstützung, die Bentele sich vorstellt *(→ Seite 9)*.

Der Abschlussbericht zur Pflegestudie steht auf der VdK-Homepage zum Download: *www.vdk.de*

ausgesprochen. Der jüngste »Entwurf eines Basismodells zur geplanten Krankenhausreform«, der *BIOSKOP* vorliegt, orientiert sich aber an der weniger genauen Einteilung in 68 Gruppen, die Nordrhein-Westfalen bei seiner eigenen Krankenhausreform zugrunde legt – eines von vielen Zugeständnissen in der Auseinandersetzung mit den Ländern.

An der Level-Einteilung will das Bundesgesundheitsministerium aber festhalten. Sie soll sicherstellen, dass komplexe Therapien, etwa bei Herzinfarkt, Schlaganfall oder einer Krebserkrankung, künftig nur noch in Kliniken vorgenommen werden, die dafür personell, technisch und fachlich qualifiziert sind. Kleinere Krankenhäuser, die für solche Maßnahmen nicht ausgerüstet sind, sollen die wohnortnahe Grundversorgung gewährleisten.

Neben der inhaltlichen Auseinandersetzung geht es auch um Geld. Das Papier der Amtschefs fordert einen weiteren Strukturfonds des Bundes, um den Umbau der Krankenhauslandschaft voranzutreiben; zudem sei ein kurzfristiger Inflationskostenausgleich nötig. Schließlich brauche es – auf Basis valider Kostenbetrachtungen und -prognosen – »die Fortschreibung der neuen Vorhaltefinanzierung und Fallpauschalen«. Laut Regierungsentwurf sollen falsche Mengenanreize durch Fallpauschalen zugunsten von sogenannten Vorhaltepauschalen zurückgefahren werden, so dass die Kliniken einen Teil ihres Geldes künftig unabhängig von der Zahl erbrachter Leistungen erhalten würden.

Länder haben keine Eile

Allzu schnell sollen Veränderungen nach dem Willen der Amtschefs aber nicht kommen. Laut ihrer Beschlussvorlage haben die Länder bis Ende 2026 Zeit, ihre Krankenhausplanung zu überarbeiten und – falls nötig – Gesetze anzupassen. Erst dann soll die sogenannte Konvergenzperiode beginnen, in der die Pläne schrittweise umgesetzt werden. Lauterbachs Berater hatten für diesen Übergang eine Zeit von fünf Jahren angesetzt. Im ersten Jahr bliebe noch vieles beim Alten – der Vorhalteanteil einer Leistungsgruppe läge bei 0 Prozent und würde dann langsam steigen. Für die Länder hingegen ist »eine angemessene Verlängerung« der bislang nur auf ein Jahr veranschlagten vergütungsneutralen Konvergenzzeit »zwingend notwendig«, so die Beschlussempfehlung.

Flankiert werden die umfangreichen Änderungswünsche der Länder von Medienberichten. »Fast jede zweite Klinik vor dem Aus«, titelte das Boulevardblatt *BILD* anlässlich eines Kamingesprächs am 23. Mai, bei dem Lauterbach den Ländern seinen Entwurf eines Basismodells vorstellte. Ärzte, Landräte und Verbände würden Alarm schlagen, schreibt *BILD* weiter: »Die Reform von Gesundheitsminister Karl Lauterbach wird zu einem Krankenhaus-Kahlschlag!« Am Ende müssten womöglich knapp 700 Kliniken schließen, Millionen Bürger seien betroffen: »*BILD* weiß, wo: Lesen Sie nur mit *BILDplus,* wie vielen Kliniken in Ihrem Bundesland das Aus droht!«

Karl Lauterbach reagierte umgehend via Twitter und bezeichnete den *BILD*-Artikel als »Falschmeldung«, auch das Bundesgesundheitsministerium wies die Berichterstattung als »falsch« zurück. Sie beruht nach Informationen von *BIOSKOP* auf einer Beschreibung der aktuellen Krankenhausstruktur durch die Oberender AG/BINDOC GmbH im Auftrag des Ministeriums. Dafür wurden Krankenhäuser gemäß aktuellen Qualitätsberichten der Kliniken sowie DRG-Abrechnungsdaten nach den geplanten Leveln kategorisiert.

Laut dieser Modellierung werden von derzeit 1.719 Krankenhausstandorten in Deutschland 689 dem Level 1i zugeordnet, 422 dem Level 1n, 472 dem Level 2 und 136 dem Level 3. Die Krankenhäuser sind also relativ ausgewogen über die unterschiedlichen Level verteilt. Von Schließungen ist nicht die Rede, und Vorbehalte gegen die Level-Einteilung werden durch die Modellierung eher widerlegt als bestärkt.

Zudem wird die Zahl der höheren Level 1n, 2 und 3 noch steigen, wenn erst die Fachkliniken ausgewiesen werden, die vorläufig einer eigenen Kategorie F zugeordnet und im untersten Level 1i gelistet sind. Die genaue Definition der Kategorie Fachklinik wird offenbar noch entwickelt und dann den Leveln zugeteilt. Was bei der Modellierung allerdings zu beachten ist: Die Zahlen müssen noch weiter validiert werden, und die Modellierung beschreibt nur den Status Quo der aktuellen Krankenhausstruktur, nicht die Folgen der Reform.

Eckpunkte noch im Sommer

Gegenwind bekommt Lauterbach nicht nur von den Ländern, sondern auch von Krankenhausverbänden, Teilen der Ärzteschaft, Bürgerinitiativen oder einzelnen Landtagsabgeordneten. Der Landshuter CSU-Landtagsabgeordnete Helmut Radlmeier startete im April die Petition »Retten wir unsere Krankenhäuser«. Bis Redaktionsschluss hatten bereits knapp 60.000 Menschen unterschrieben. Maßgebliche Parlamentarier der Ampel-Koalition, etwa Janosch Dahmen, Gesundheitsexperte der Grünen-Fraktion, oder Andrew Ullmann, der gesundheitspolitische Sprecher der FDP-Fraktion, stehen bei der Reform hinter dem Minister. Der hält daran fest, bis zum Sommer Eckpunkte seiner Reform präsentieren zu können. Fragt sich nur, wie viele Kompromisse Lauterbach dafür eingehen will und muss. Wenn die Gesundheitsministerkonferenz am 5. und 6. Juli in Friedrichshafen am Bodensee tagt, ist mit Protesten zu rechnen.

»Gemeinwohl statt Profit«

Am 5. Juli treffen sich die Gesundheitsminister*innen aus Bund und Ländern zu ihrer nächsten Konferenz in Friedrichshafen. Vor Ort könnten sie wohl auch viele Menschen erleben, die im Gesundheitswesen arbeiten. Jedenfalls mobilisiert die Dienstleistungsgewerkschaft Ver.di für eine Kundgebung »direkt da, wo die Verantwortlichen uns hören«, ihre Parole lautet: »Unser Kompass für die Gesundheitsrevolution: Gemeinwohl statt Profit, Solidarität statt Wettbewerb«. Konkret fordert Ver.di, was in den Klinikreform-Plänen von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) so nicht vorgesehen ist: die komplette Abschaffung des Krankenhaus-Finanzierungssystems gemäß Fallpauschalen (DRG). Nach Auffassung von Ver.di müssten den Kliniken die tatsächlichen Kosten »bei wirtschaftlicher Betriebsführung voll erstattet werden«. Die Länder müssten »ihrer Verpflichtung zur Finanzierung von Investitionen der Krankenhäuser endlich umfassend nachkommen«, fordert Ver.di, zudem müsse die Personalbemessung für die Krankenpflege »rasch verbindlich eingeführt werden«. Im Bereich der Altenpflege tritt Ver.di dafür ein, Versorgungsverträge künftig nur noch mit kommunalen oder gemeinnützigen Pflegeeinrichtungen abzuschließen; Tarifverträge seien hier flächendeckend anzuwenden. Notwendig sei zudem, die Pflegeversicherung auch nach der jüngsten Reform weiterzuentwickeln – und zwar hin zur »Solidarischen Pflegegarantie«. Bedeutet nach Perspektive der Gewerkschaft: »Alle Bürger*innen beteiligen sich entsprechend ihres Einkommens an der Finanzierung und haben Anspruch auf Erstattung aller pflegebedingten Kosten.«

Mehr Transparenz in Ministerien gefordert

»Der Umgang mit Interessenkonflikten in den Ministerien ist unzureichend«, meint der gemeinnützige Verein LobbyControl. Für Führungspersonen seien »mehr Transparenz und strengere Regeln angemessen und nötig«. Was die Bundesregierung dafür tun könnte, erklärt die Organisation in einem im Mai publizierten »Eckpunktepapier«. LobbyControl plädiert dafür, hochrangige Entscheidungsträger*innen in allen Ministerien zu verpflichten, »zu Amtsantritt und bei Eintritt wesentlicher Änderungen« eine »Interessenerklärung« abzugeben, die – falls vorhanden – auch finanzielle Interessen offenlege, inklusive möglicher Beteiligungen an Personen- und Kapitalgesellschaften. Ihre Angaben sollten »in der Regel« veröffentlicht und von einer neu zu schaffenden, zentralen und weisungsunabhängigen Behörde genau geprüft werden. Vorbild ist für LobbyControl die »Hohe Behörde für Transparenz im öffentlichen Leben in Frankreich«. Der Verein fordert auch, alltägliche Lobbyarbeit im Berliner Regierungsviertel durchschaubarer zu machen: »Zur Stärkung des öffentlichen Vertrauens in demokratische Entscheidungsprozesse sollten Termine der hochrangigen Entscheidungsträger:innen in den Ministerien mit Interessenvertretungen künftig zeitnah unter Angabe des Themas transparent gemacht werden.« Bei Stellenbesetzungs- oder Berufungsverfahren sollte es zudem »klar definierte Verfahren geben, wer in welcher Weise an der Auswahl über Kandidat:innen und der letztlichen Entscheidung beteiligt ist«. Das »Eckpunktepapier« enthält noch mehr Transparenz-Forderungen und ist online: *https://www.lobbycontrol.de*

Eizellgabe und Mietmutterschaft legalisieren?

Der Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF) ist der größte unabhängige Zusammenschluss von Organisationen und Fachfrauen, die sich hierzulande für Frauengesundheiten engagieren. Am 5. November feiert der Verein in Berlin sein 30-jähriges Bestehen, kurz vorher gibt es dort zwei interessante Veranstaltungen: Am 4.11. geht es um Müttergesundheit, in der Einladung kündigt der AKF an: »Thema sind die Ressourcen und die Erschöpfungskreisläufe, in die Mütter geraten, die Schuld- und Schamfalle und deren Zusammenwirken mit sozioökonomischen Benachteiligungen und gesellschaftlichen Rollenerwartungen.« Ziel sei es, das Thema »in das Bewusstsein der Akteur*innen in Politik, Gesundheitswesen und Gesellschaft zu bringen«.

Am 3.11. werden »ungewollte Kinderlosigkeit« und »der Mythos der grenzenlosen Machbarkeit und die Schattenseiten der Reproduktionsmedizin« beleuchtet. Diskussionsgrundlage dieser Veranstaltung ist eine Stellungnahme zu »Eizellspende und altruistischer Leihmutterschaft«, erstellt von der Fachgruppe der Frauenärzt*innen im AKF. Das 7-seitige Papier, adressiert auch an den Bundestag und die neue Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin *(→ BIOSKOP Nr. 101),* stellt einleitend klar: »Anstelle des Begriffs ›Eizellspende‹ bei einer Fremdei-Behandlung verwenden wir im Folgenden den Begriff ›Eizellgabe‹, denn ›Spende‹ ist in diesem Zusammenhang irreführend und verschleiert, dass es sich hier um einen marktförmigen Vorgang handelt: Die Empfängerin bezahlt das reproduktionsmedizinische Zentrum für die Eizellgabe, dieses erstattet der Eizellgeberin zumindest eine ›Aufwandsentschädigung‹. Anstelle des Begriffs ›Leihmutterschaft‹ verwenden wir den Begriff ›Mietmutterschaft‹.«

Die Stellungnahme erörtert rechtliche und medizinische Aspekte, darunter diverse Risiken für Eizellgeberin, Eizellnehmerin sowie Föten und Kinder, die nach Eizellgabe entstanden sind. Benannt werden auch Risiken für »Mietmütter«. Zu den »Gefahren«, die die Autorinnen sehen, gehört auch diese: »Das Recht des Kindes zur Kontaktaufnahme mit der genetischen Mutter halten wir aufgrund von möglicher Unauffindbarkeit der Eizellgeberin für schwierig umsetzbar.«

Die Stellungnahme endet mit der Schlussfolgerung: »Den hohen Leidensdruck von Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch erleben wir in unserer Praxis und können ihn nachvollziehen. Wir lehnen es jedoch ab, dass es normal werden und sich unsere Gesellschaft daran gewöhnen soll, dass die einen den anderen ihre Eizellen liefern, Kinder für sie austragen und gebären und Kinder zur Ware werden können. Hier haben auch die allermeisten unserer ungewollt kinderlosen Patientinnen ihre Grenzen und suchen für sich alternative Lebensperspektiven. Eine Legalisierung der sogenannten ›Eizellspende‹ und der ›altruistischen Leihmutterschaft‹ in Deutschland halten wir deshalb für die falsche Antwort.«

Veranstaltungsprogramme und Stellungnahme stehen auf der Homepage *https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de*, telefonischer Kontakt zur AKF-Geschäftsstelle: (030) 86393316

Maria Mies ist tot

Am 15. Mai 2023 ist Maria Mies, Soziologin, Professorin und Aktivistin, im Alter von 92 Jahren von der Weltbühne getreten. Viele gemeinsame Aktivitäten haben Maria zu einer unvergesslichen Wahlverwandtin gemacht. Sei es das Engagement in FINRRAGE, dem internationalen Netzwerk gegen Gen- und Reproduktionstechnologien. Sei es in der Frauenbewegung hierzulande. Sei es in den politischen Initiativen gegen das Multilaterale Agreement on Investment (MAI) oder in antimilitaristischen Initiativen.

Maria hat geschrieben, aber sie war auch auf der Straße und bei Sitzblockaden anzutreffen. Sie war auf Obstkisten, um auf der Straße etwas erhöhte Sprechposition zu haben, ebenso zu Hause wie in Universitätssälen. Sie hat zu Methoden der Frauenforschung veröffentlicht, und sie hat sich gleichzeitig mit Landfrauen in aller Welt, in Indien und hierzulande, getroffen und gesprochen oder das Frauenhaus in Köln mit erstritten. Sie war marxistisch orientierte Feministin, auch wenn diese Orientierung als abseitig galt und gilt.

Das Motto »Zu sagen was ist, bleibt die revolutionärste Tat« stammt von Rosa Luxemburg; dies war auch Marias Auffassung, unabhängig davon, ob das karriereförderlich oder anerkannt war. Sie hat Wissenschaftskritik und Globalisierungskritik radikal verstanden und den »subjektiven Faktor der Forschenden« eingefordert. Und sie hat diesen »subjektiven Faktor« auch in der politischen Aktion wirksam werden lassen.

Maria war unbeugsam, in ihrem Kampf gegen die scheinbar global als unabänderlich geltende Armut und Ausbeutung; sie war streitbar wissenschaftlich arbeitenden Forscher*innen und Aktivist*innen gegenüber, auf jeden Fall immer ehrlich. Wir werden sie vermissen.

Erika Feyerabend für das BioSkop

Aufarbeitung der Corona-Pandemie?

Enquete-Kommission angeregt – bisher aber nicht beantragt

Die Corona-Pandemie gilt als beendet, die letzten noch geltenden Schutzmaßnahmen wie Maskenpflicht für Besucher*innen in Krankenhäusern und Pflegeheimen sind zum 7. April ausgelaufen. Diverse Fachleute sowie Politiker*innen aus FDP und CDU fordern, das Pandemie-Management systematisch aufzuarbeiten und zu bewerten. Ob es tatsächlich dazu kommt, ist ungewiss.

Der erste Vorstoß kam, drei Jahre nach Beginn des politischen Corona-Managements, von der FDP-Bundestagsfraktion. »Wir dürfen die Corona-Politik nicht klammheimlich unter den Teppich kehren«, sagte ihr gesundheitspolitischer Sprecher Andrew Ullmann am 27. Februar. »Die nächste Pandemie könnte sonst unser nach wie vor immungeschwächtes Gesundheitssystem und unsere Sozialgefüge gänzlich ruinieren.« Mit diesen Worten begründete Ullmann, warum die Liberalen »dringend« die Einrichtung einer Enquete-Kommission »Pandemie« fordern.

Aufgabe dieses Gremiums, das aus Wissenschaftler*innen und Politiker*innen bestehen würde, soll es laut einem FDP-Positionspapier sein, die Folgen und Ergebnisse der in der Pandemie getroffenen Entscheidungen und Maßnahmen zu analysieren und zu bewerten, inklusive der Langzeitauswirkungen. »Dies betrifft insbesondere die psychische Gesundheit und die Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche sowie soziale und wirtschaftliche Folgen«, schreibt die FDP. Zu beleuchten sei auch das »Management der Beschaffung und Lagerung von Masken, Tests und Schutzkleidung« einschließlich der »Ordnungsgemäßheit der Auftragsvergabe«. Untersucht und bewertet werden müsse im Nachhinein außerdem, wie wirksam und verhältnismäßig »sehr weitreichende Grundrechtseingriffe« gewesen seien, etwa »Besuchsverbote, einsames Sterben in Einrichtungen, die Schließung von Kitas und (Hoch)Schulen«.

Kampf um Deutungshoheiten?

Nach dem Zeitplan der FDP sollte die Enquete-Kommission »spätestens im Herbst 2024 ihre Ergebnisse und Handlungsempfehlungen vorlegen«. Bisher ist aber nicht mal sicher, ob es die Kommission überhaupt geben wird, bis Mitte Juni war deren Einrichtung jedenfalls noch nicht im Parlament beantragt worden, auch nicht von der FDP. Dabei ist die Hürde nicht sehr hoch: Auf Antrag eines Viertels seiner Mitglieder ist der Bundestag verpflichtet, eine Enquete-Kommission einzusetzen.

Grundsätzliche Zustimmung zur Enquete-Idee hat der CDU-Gesundheitspolitiker Tino Sorge signalisiert. Anders äußerten sich einflussreiche Politiker*innen aus den Koalitionsreihen. Der gesundheitspolitische Sprecher der Grünen, Janosch Dahmen, ist gegen eine Pandemie-Enquete, »es besteht die Gefahr«, sagte Dahmen Ende April der *Neuen Osnabrücker Zeitung (NOZ),* »dass es am Ende eher ein Kampf um Deutungshoheiten und nachträgliche Schuldzuweisungen wird und damit weiteres Vertrauen in der Bevölkerung verloren geht«. Dirk Wiese, stellvertretender Fraktionsvorsitzender der SPD, sieht eine solche Kommission nicht als »Weisheit letzter Schluss«, hält deren Etablierung aber für denkbar, wenn es dafür einen »breiten Konsens« im Bundestag geben sollte.

»Offener Brief«

Am 20. April veröffentlichten dann 37 Wissenschaftler*innen einen »Offenen Brief«, der die »Einsetzung einer Kommission zur Aufarbeitung der Corona-Pandemie« durch den Bundestag fordert. Die bisherige Reflexion über die Pandemie sei »zu punktuell und zu sehr vom Streben nach politischer und medialer Meinungshoheit geprägt« gewesen, heißt es in der vom Medizinstatistiker Gerd Antes initiierten Erklärung, die mittlerweile über 550 Menschen aus dem Gesundheitswesen unterschrieben haben. Professor Antes und seine Mitstreiter*innen fordern unter anderem, »Transparenz, Evidenzbasiertheit und Effizienz von Entscheidungs- und Fehlerkorrekturprozessen« zu untersuchen. Auf den Prüfstand gehöre auch die »Qualität wissenschaftlicher Politikberatung« während der Pandemie sowie das »Zusammenspiel von Exekutive, Legislative und Judikative sowie Wissenschaft und Medien«. Zudem müsse die Kommission, die transparent und öffentlich agieren solle, »Beispiele guter Krisenbewältigung auf nationaler und internationaler Ebene« herausarbeiten.

»Wir wünschen uns im Sinne des gesellschaftlichen Friedens und im Interesse einer konstruktiven Nachbereitung der Pandemie breite, überparteiliche Unterstützung für die Einrichtung einer solchen Kommission«, steht in dem Offenen Brief, nachzulesen im Wortlaut unter *https://pandemieaufarbeitung.net/*. Die Nachbereitung der Pandemie, meinen die Unterzeichner*innen, »erfordert ebenfalls ein erhebliches, auch selbstkritisches Engagement der deutschen Wissenschaftsgemeinschaft«.

Klaus-Peter Görlitzer

»Unvoreingenommene Rückschau sinnvoll«

Das EbM-Netzwerk, gegründet im Jahr 2001, zählt mittlerweile rund 1.000 Mitglieder aus verschiedenen Bereichen und Berufen im Gesundheitswesen. Erklärtes Ziel der Netzwerker*innen ist es, »Konzepte und Methoden einer evidenzbasierten und patientenorientierten Medizin in Praxis, Lehre und Forschung zu verbreiten und weiter zu entwickeln«. Seit 2020 hat sich die Vereinigung auch wiederholt kritisch zu Maßnahmen des Corona-Managements positioniert *(→ BIOSKOP Nr. 91).* Am 21. April 2023 veröffentlichte die Organisation mal wieder eine Pressemitteilung zum Thema, die Botschaft: »Zahlreiche Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen fordern, dass eine Kommission das Management der Corona-Pandemie systematisch aufarbeitet *(https://pandemieaufarbeitung.net/).* Auch das EbM-Netzwerk hält eine unvoreingenommene Rückschau für sinnvoll.« Zu prüfen sei, »welche Stärken und welche Schwächen das Pandemie-Management in Deutschland hat erkennen lassen«, ein solches Vorgehen sei »auch für die Vorbereitung auf zukünftige Pandemien unverzichtbar«. Den »Offenen Brief« hätten auch »namhafte Mitglieder des EbM-Netzwerk« mitverfasst; die Pressemitteilung des Vereins nennt die Professor*innen Gerd Antes, Gabriele Meyer, Ingrid Mühlhauser und Jürgen Windeler und fügt hinzu: »Alle vier waren in der Vergangenheit Vorsitzende des EbM-Netzwerks.«

Strukturen umfassend verändern

Nachdenken über Sterbebegleitung und Solidarität

Karin Michel, Professorin für Ethik im Fachbereich Heilpädagogik und Pflege an der Ev. Hochschule in Bochum, ehrenamtlich aktiv im BioSkop und Erika Feyerabend (Essen), Journalistin und Bioskoplerin

In der hospizlichen Begleitung dominiert das unbezahlte Engagement – wobei das sogenannte Ehrenamt auch ausgenutzt wird, um sozialpolitisch verursachte Lücken zu schließen. Über Sterbebegleitung, Solidarität und Folgen der Professionalisierung nachzudenken, ist notwendig – ebenso wie Bereitschaft, gesellschaftliche Strukturen zu kritisieren und zu verändern.

Das Leitkonzept der Hospizbewegung vereint viele Menschen, die sich sowohl ehrenamtlich als auch beruflich um Sterbende kümmern. Diese Kooperationsbeziehung ist keineswegs selbstverständlich: Schaut man in die Geschichte dessen, was heute vor allem unter dem Begriff »Palliative Care« geläufig ist, so steht am Beginn eine kritische Bürger*innenbewegung, die sich als humanitärer Gegenpol zur aufkommenden Right-to-die-Bewegung verstand. Sie protestierte zugleich gegen die institutionelle Ausgrenzung sterbender Menschen durch Praktiken des entmenschlichenden Sterbens in hochtechnisierten Großkrankenhäusern.

Eben dieser professionskritische Impuls hat schon lange das institutionell organisierte Gesundheitswesen erreicht und hier eine Reformbewegung angestoßen: Palliativ-Medizin und Palliativ-Pflege haben sich heute als Spezial-Disziplinen etabliert, die eine angemessene Versorgung Sterbender als professionelle Aufgabe definieren. Schmerzen lassen sich nicht »wegstreicheln«, Wundversorgung muss fachgerecht erfolgen, Abrechnungen müssen sachgerecht erstellt werden. Durch diese Arbeitsteilung wird das Feld der Hospizarbeit einerseits durch Ausbildungsanforderungen und Leitlinien normiert und reguliert, andererseits aber auch strukturiert und verstetigt: Die Versorgung Sterbender wird zu einer konstant verfügbaren, finanziell geförderten Regelversorgung, die mit Rechtsansprüchen verbunden wird.

Betrachtet man das gesamte Feld der sich dem Hospizgedanken widmenden Tätigkeiten professionstheoretisch, sieht man, dass Medizin als Orientierungsdisziplin für andere Hilfeformen gilt. Mit dieser Positionierung verbindet sich eine breite Präsenz in gesellschaftlichen Diskursen über »würdiges Sterben« und angemessene Hilfen am Lebensende.

Orientierungsdisziplinen können Vorrangigkeiten und Zuständigkeiten festlegen, die eine Profession nicht nur fachlich gegen andere Berufsgruppen abgrenzt, sondern auch die Relevanz von Wissensformen festlegen. So findet sich in palliativ-medizinischen Standardwerken die Unterscheidung zwischen »weichen« Teilen des Hospiz-Konzepts wie Pflege, psychosoziale Betreuung und Seelsorge einerseits und der »harten« Disziplin der Palliativmedizin andererseits, »die eine umfangreiche akademische und wissenschaftliche Anerkennung« erfährt. Der Pflege wird damit im Hinblick auf die Sicherheit und Exaktheit ihres Wissens und ihrer Erkenntnisse ein gegenüber der Medizin nachrangiger Status zugewiesen. Ein vergleichbarer Abgrenzungsprozess zeigt sich auch im Verhältnis von professionellen zu nicht-professionellen Hilfen. Erfahrungswissen, das nicht durch lange Ausbildungsgänge zertifiziert ist, wird oft als »unwissenschaftlich«, »uninformiert« und »subjektiv« abgewertet.

Eine in die Form von Lohnarbeit, Zeitbewirtschaftung und Expertentum gegossene »Versorgung« kann zur Rationalisierung und Ökonomisierung der Hilfeformen führen. Hilfen werden zu betriebswirtschaftlich kalkulablen Leistungen, die nicht nur im Interesse der Menschen erbracht werden, die Hilfe brauchen. Sie kann eine Verdinglichung von Helfenden wie auch von sterbenden Menschen fördern, die einerseits zu einsparfähigen »Personalkostenfaktoren« und andererseits zu abrechenbaren »Fällen« werden, von denen eine Mindestmenge zu behandeln oder zu begleiten ist, um Kassenleistungen oder Fördergelder zu erhalten. Sie kann zu einer expertokratischen Verdienstleistung des Sterbens führen.

Aber das Ehrenamt fungiert nicht nur als Bereich der unbezahlten Zuarbeit zur professionellen Versorgung. Es ist nicht nur »weiche« Instanz zur kostenarmen Abdeckung alltagspraktischer und sozialer Bedürfnisse am Lebensende. Im Unterschied zu vielen Formen professioneller Versorgung kann es in seiner Offenheit und Freiwilligkeit auch institutionelle Praktiken und Strukturen kritisieren und damit auch ein politisierendes Potenzial entfalten. Dieses informelle Wissen lässt sich nicht in Ausbildungsgängen vermitteln, steht aber prinzipiell jedem Menschen offen. Es lässt sich zwar durch theoretisches Wissen anleiten, entspringt im Kern aber einer gelebten Praxis, die sozial ist und auch politisch engagiert sein kann.

Charakteristisch für die Sorge ist, dass sie kein Produkt erzeugt, das nach einem festen Plan hergestellt werden kann. Sorgetätigkeiten sind von unterschiedlichen Rhythmen des Tuns und Lassens gekennzeichnet: Manchmal sind sie einmalig, manchmal wiederholend, manchmal enden sie mit dem Prozess. Sorgetätigkeiten können scheitern und auch etwas erzeugen, das nicht vorhersehbar war. Das gilt für medizinisch- ›

»Gute Pflege ist auch Suizidprävention«

Das neue Gesetz zur »Unterstützung und Entlastung in der Pflege« (PUEG) ist auf vielfältige Kritik gestoßen *(→ Seite 8)*. Defizite sieht auch der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband (DHPV), der die Interessen von über 1.280 Hospiz- und Palliativdiensten und -einrichtungen mit mehr als 120.000 ehren- und hauptamtlich Engagierten vertritt. Der DHPV vermisst »Regelungen, die speziell die hospizlich-palliative Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen in den stationären Pflegeeinrichtungen verbessern«, steht in seiner Pressemitteilung zum »Internationalen Tag der Pflege« am 12. Mai. Der DHPV fordert den Gesetzgeber auf, eine »nachhaltige Hospizkultur in den Einrichtungen zu etablieren und zu stärken«. Dies sei »auch vor dem Hintergrund der Diskussionen um Suizidbeihilfe von enormer Bedeutung«, sagte der DHPV-Vorsitzende Prof. Winfried Hardinghaus, und er begründete dies wie folgt: »denn nur so kommen wir zu einer gelebten Solidarität mit pflegebedürftigen Menschen und können wirkungsvoll verhindern, dass diese Menschen über einen assistierten Suizid nachdenken oder diesen gar umzusetzen wünschen. Gute Pflege ist in diesem Sinne immer auch Suizidprävention«. Die 7-seitige Stellungnahme des DHPV zum PEUG ist online: *www.dhpv.de*

pflegerische Handlungen ebenso wie für die psycho-soziale Begleitung. Sie reichen von der Verwaltungsarbeit über die hauswirtschaftliche Hilfe, die medizinisch-pflegerische Versorgung bis zur Alltagsunterstützung und Begleitung der Sterbenden und ihrer Angehörigen.

Eine Dimension von »Care« bezieht sich auf eine gemeinsame, institutionell und gesellschaftlich geteilte Verantwortung für die Tätigkeiten der Sorge. Damit erhält der Begriff des Sorgens eine politische Dimension. In der gemeinsamen Sorge ist die Analyse von Machtverhältnissen und ungerechten Care-Zuständigkeiten und Zuweisungen von Bedeutung, etwa die Tatsache, dass sowohl bezahlte wie auch unbezahlte Sorgetätigkeiten vornehmlich von Frauen erbracht werden. Bedeutsam ist aber auch die Kritik von Privilegien, die in den Feldern der gesellschaftlichen Sorgearbeit Deutungshoheiten, Diskursmacht und Ressourcenzugänge schaffen und verteidigen. Den daraus erwachsenden Ungleichheiten ist die Forderung einer wertfreien Anerkennung und Sichtbarmachung *aller* Formen von Care-Tätigkeiten und Care-Arbeit entgegenzusetzen.

Sorge-Notstände und Care-Krisen nehmen zu. Zu ihrer Bewältigung wird neuerdings auf eine Form der Care-Verantwortung gesetzt, die Bürger*innen und Zivilgesellschaft verstärkt mobilisiert. In »Caring Communities« sollen Sterbende professionell, vor allem aber auch ehrenamtlich durch ihr soziales Umfeld begleitet werden. Auch im Hinblick auf diese neuerliche Aufwertung muss das Ehrenamt unbedingt kritisch bleiben: Eine kostengünstige Kompensation für pflegepolitische Versäumnisse und für die vom verschlankten Sozialstaat hinterlassenen Versorgungslücken darf es in keiner Weise sein!

Es gibt einen gesellschaftlichen Strukturwandel, insbesondere was die »Reproduktion« betrifft, also die Sorge um Kinder, zu pflegende und alte Menschen, um Sterbende. Kennzeichnend sind steigende weibliche Erwerbsarbeit, steigende Anforderungen an Flexibilität und Mobilität in der Erwerbsarbeit, demografischer Wandel. Hinzu kommen Kürzungen von Sozialleistungen. Die Menge gering qualifizierter Arbeit nimmt zu. All das führt zu Versorgungslücken. Das freiwillige Engagement gilt vielen als sozialpolitischer Joker, es steht im Ruf, die schrumpfende Aufnahmekapazität des Arbeitsmarktes auszugleichen, überforderte Kommunen zu entlasten, demokratische Teilhabechancen für Abgehängte zu bieten.

Dieses Engagement wird zunehmend monetarisiert, um die gröbsten, ungerechten Armutsprozesse billig abzumildern. Bedürftige Rentner*innen können mit Mini-Jobs ihr spärliches Monatsbudget aufbessern, Erwerbslose dürfen ohne Leistungskürzungen 15 Stunden einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen, der Bundesfreiwilligendienst nimmt Erwerbslose als Ersatz für Erwerbsarbeit, 175 Euro des gezahlten »Taschengeldes« gelten als Aufstockung des Arbeitslosengeldes II.

In der Pflege wird ab den 1990er Jahren das Engagement als »neues Standbein im pflegerischen Versorgungsmix« angesehen. Die ehemaligen Fachkräfte wurden von monetär entschädigten »Demenzhelfern« und »Alltagsbegleitern« verdrängt. Die Stundensätze von fünf bis zehn Euro werden für jene interessant, die von kleinen Renten oder Monatsgehältern leben müssen.

Einen Anreiz bietet auch die Semiprofessionalisierung, etwa wenn »Alltagsbegleiter oder Pflegebegleiter«, zertifiziert in mehrwöchigen Schulungen, auch in pflegerischen Bereichen beschäftigt werden. Das sogenannte Ehrenamt wird missbraucht, um die bezahlte Sorgearbeit unter die Effizienzkriterien der Lohnarbeit zu bringen und ihre Beziehungsdimensionen unmöglich zu machen. Diese überlässt man gerne Unbezahlten oder Niedriglohn-Jobber*innen, die nach Absolvierung sogenannter »Befähigungskurse« hauptsächlich Alltagshilfen leisten und Gespräche führen.

> Charakteristisch für die Sorge ist, dass sie kein Produkt erzeugt, das nach einem festen Plan hergestellt werden kann.

Wer sich ehrenamtlich im Hospizbereich engagiert, muss sich das finanziell leisten können. So ist auch die mittelständische Kultur bei Helfenden und Versorgten dominierend. Das ist nicht abwertend gemeint – aber was ist mit Armen, mit Wohnungslosen oder mit migrantischen Familien?

Sterbebegleitung wird nach Anzahl der Begleitungen von den Krankenkassen bezahlt, das Engagement Ehrenamtlicher spielt dabei eine wichtige Rolle. Wichtig wäre aber auch, die Politik an ihre Verantwortung zu erinnern, Kritik an der Aufteilung von reproduktiver und produktiver Arbeit zu wagen und auch die Orientierung an den produktiven Arbeitslogiken in Frage zu stellen. Bezahlung ist problematisch und keinesfalls arbeitsmarktneutral. Aber eine Belohnung freiwillig Engagierter zum Beispiel in Form von Rentenpunkten wäre zu diskutieren oder auch ein bedingungsloses Grundeinkommen. Das ist keine Kritik an den alltäglichen Formen der Solidarität. Es ist eine Kritik an politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen, die unbezahlte Arbeit als Ressource einfach in Dienst nehmen.

Es geht um eine umfassende Veränderung gesellschaftlicher Strukturen – und um ein Verhältnis zum Sterben, das nicht das existentielle Problem der Endlichkeit negiert oder meint, es durch Planung, Dienstleistung und Professionalität aus dem Wege räumen zu können.

Weiter aktuell

Am 14. Oktober ist wieder Welthospiztag. Vielerorts wird es dann Veranstaltungen geben, um hospizliche und palliative Arbeit in den Blick zu rücken. Den ersten Welthospiztag gab es 2005, ein Jahr später starteten BioSkop und die Hospizvereinigung Omega ihre Kampagne »Leben bis zuletzt – mit Menschen statt Papieren«. Kern war der Appell an Hospize, vorformulierte Patientenverfügungen, die tödliche Therapie- und Versorgungsabbrüche bei einwilligungsunfähigen Menschen einfordern, »weder anzuerkennen noch zu verbreiten«. Gleichzeitig wurde der Bundestag aufgefordert, solche Voraberklärungen nicht rechtsverbindlich zu machen. Es kam anders: Im September 2009 trat das Patientenverfügungsgesetz in Kraft, und Kritik daran ist in der Hospizszene kaum entwickelt. Angesichts der Entwicklungen in Pflege und Krankenversorgung empfehlen wir, den Flyer »Leben bis zuletzt – mit Menschen statt Papieren« mal wieder anzuschauen, dessen Argumente sind weiter aktuell – Leseprobe: »Patientenverfügungsbroschüren legen nahe, schon ein Leben in Pflegebedürftigkeit als nicht mehr ›lebenswert‹ anzusehen. Das kommt einer ›Selbstentwertung‹ gleich und steht unseren Bemühungen entgegen, Menschen in ihrer letzten Lebensphase zu ermutigen.« […] »Der Perspektivwechsel, den die Debatte um das Verfügungswesen mit sich bringt, hat in der Hospiz-Bewegung Spuren hinterlassen. Wir haben immer positiv gefragt, was die Schwerstkranken an medizinischer, pflegerischer Unterstützung möchten. Heute dagegen sollen wir uns mehr damit beschäftigen, was Menschen alles nicht mehr möchten – im Zeichen knapper Kassen.«
Der Flyer ist weiterhin online: *https://www.bioskop-forum.de/publikationen/broschueren-flyer-dokumente/*

BioSkop e.V. · Oberstraße 55 · 45134 Essen
Tel. (0201) 53 66 706 · Postvertriebsstück · Entgelt bezahlt · K 49355

Vorschau

Themen im September

- Schwerpunkt
  Medizin und Künstliche Intelligenz
- Corona-Pandemie
  Impfungen vor Gericht
- Ersatzteillager Mensch
  Potenzielle Organgeber im Blick

Veranstaltungstipps

Di. 4. Juli, 10 – 16 Uhr
Hannover (Akademie des Sports, Ferdinand-Wilhelm-Fricke-Weg 10)

- Gesundheit in der Zeitenwende
  Tagung

Akteur*innen im Gesundheitswesen beraten und vernetzen – das will die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen-Bremen. Angesichts ernster Krisen wie Corona-Pandemie, Ukraine-Krieg, Klimawandel diskutiert ihre Jahrestagung am 4. Juli dringende Fragen: »Wie können sich Kommunen und das Gesundheitswesen gegen (zukünftige) Notstände wappnen? Wie gelingt eine Transformation hin zu resilienten Systemen? Wie können aus den Krisen auch Chancen werden?« Anregungen sollen einige Fachleute geben, darunter die Pflegewissenschaftlerin Gabriele Meyer (Halle) und der Epidemiologe Hajo Zeeb (Bremen).
Anmeldung unter Telefon (0511) 3881189-162

Mo. 10. Juli, 18 – 20 Uhr
Aachen (Uniklinik, Hörsaal 6, Pauwelsstr. 30)

- Anforderungen an die ärztliche Kommunikation
  Vortrag

Die öffentliche Ringvorlesung »Medizin und Ethik« wird von Aachener Studierenden organisiert. Am 10. Juli geht es darum, wie Ärzt*innen mit rechtlich betreuten Patient*innen angemessen reden können. Referentin ist Ortrun Kliche, Diplomübersetzerin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Uniklinik Köln.

Mo. 10. Juli, 18.15 – 20 Uhr
Berlin (Kassenärztliche Bundesvereinigung, Herbert-Lewin-Platz 2)

- Krankenhausreform – die Sicht einer Krankenkasse
  Vortrag

Die von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) geplante Klinikreform ist weitreichend – und umstritten *(→ Seite 10)*. Eine der mitgliederstärksten Krankenkassen hierzulande ist die Barmer. Ihr Vorstandsvorsitzender Christoph Straub erklärt im Rahmen des Spreestadt-Forums, veranstaltet vom Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin, wie er Lauterbachs Pläne einschätzt.

Mi. 12. Juli 18.15 – 19.45 Uhr
Hamburg (Uniklinikum, Fritz-Schumacher-Haus N30, Hörsaal, Martinistraße 52)

- »Ich habe inzwischen in der Nähe eine Quelle für größere Feten auftun können …«
  Vortrag

Das Medizinhistorische Museum in Hamburg lädt zu einem Vortrag über »Ethik gesammelter menschlicher Überreste in Forschung, Lehre und Vermittlung«. Referent ist Michael Markert, der ein Forschungsprojekt zur »Humanembryologischen Dokumentationssammlung Blechschmidt« ausgeführt hat. Die Sammlung war unter dem Anatomieprofessor Erich Blechschmidt von 1942 bis 1973 an der Universität Göttingen aufgebaut worden. Markert informiert über Ergebnisse des Projekts und auch zur Frage, »wie mit ethisch herausfordernden medizinischen Sammlungsbeständen umgegangen werden kann«.

Fr. 21. Juli, 8.30 – 17 Uhr
Stuttgart (CVJM-Haus, Büchsenstraße 37)

- Darüber reden kann Leben retten! Suizidprävention
  Tagung

In Deutschland sterben jedes Jahr rund 9.000 Menschen durch Selbsttötung. »Hinter jeder einzelnen Situation steht ein verzweifelter Mensch, aber auch ein Umfeld von Angehörigen, Partnern und weiteren Beteiligten.« So steht es in der Einladung zur Tagung, die Verbände psychisch erkrankter Menschen gemeinsam mit dem Landesverband Gemeindepsychiatrie Baden-Württemberg veranstalten. In Vorträgen und Workshops wird über die Verbesserung von Suizidprävention nachgedacht und auch diskutiert, »wie eine gute Begleitung nach Suizidversuchen aussehen kann«. Zu Wort kommen nicht nur medizinische Fachleute, sondern auch Angehörige und Betroffene.
Infos + Anmeldung per Telefon (0711) 76160703

Do. 27. Juli, 17 Uhr
München (Gesundheitsladen, Astaller Str. 14)

- Informiert und gestärkt zum Arzt und ins Krankenhaus
  Vortrag

Welche Rechte haben Patient*innen, die zum Arzt oder in eine Klinik müssen? Einen Überblick will der Gesundheitsladen München geben. Sein Vortrag erklärt, was im Behandlungsvertrag steht, wie Aufklärung, Einwilligung und Dokumentation seriös ablaufen sollten und wie Patient*innen ihr Einsichtsrecht in Krankenakten praktisch wahrnehmen können. Beantwortet wird auch die Frage: »Was kann ich tun bei Problemen mit dem Arzt/der Ärztin?«

Ja!

○ ich abonniere **BIOSKOP** für zwölf Monate. Den Abo-Betrag in Höhe von 25 € für Einzelpersonen/50 € für Institutionen habe ich auf das BioSkop e.V.-Konto DE26 3601 0043 0555 9884 39 bei der Postbank Essen (BIC: PBNKDEFF) überwiesen. Dafür erhalte ich vier **BIOSKOP**-Ausgaben. Mein **BIOSKOP**-Abonnement verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn ich das Abo nicht nach Erhalt des dritten Hefts schriftlich bei BioSkop e.V. gekündigt habe. Zur Verlängerung des Abonnements überweise ich nach Ablauf des Bezugzeitraumes – also nach Zusendung des vierten Hefts – meinen Abo-Betrag im Voraus auf das oben genannte Konto von BioSkop e.V.

○ ich möchte die Hörversion von **BIOSKOP** für zwölf Monate abonnieren und erhalte statt der Zeitschrift jeweils eine DAISY-CD. Bitte schicken Sie mir das notwendige Formular mit den Bezugsbedingungen.

○ ich möchte BioSkop e.V. mit einer regelmäßigen Spende fördern. Bitte rufen Sie mich mal an. Meine Telefonnummer: ..... .

○ ich unterstütze **BIOSKOP** mit einem zwölf Monate laufenden Förderabonnement. Deshalb habe ich heute einen höheren als den regulären Abo-Preis von 25 bzw. 50 € auf das o.g. Konto von BioSkop e.V., überwiesen. Mein persönlicher Abo-Preis beträgt ..... €. Dafür erhalte ich vier **BIOSKOP**-Ausgaben. Rechtzeitig vor Ablauf des Bezugszeitraums werden Sie mich daran erinnern, dass ich erneut mindestens 25 bzw. 50 € im voraus überweisen muss, wenn ich **BIOSKOP** weiter beziehen will.

○ ich bin daran interessiert, eine/n BioSkop-Referentin/en einzuladen zum Thema: ..... . Bitte rufen Sie mich mal an. Meine Telefonnummer: ..... .

○ ich unterstütze BioSkop e.V. mit einer Spende von ..... € (Konto siehe oben). Weil BioSkop e.V. vom Finanzamt Essen als gemeinnützig anerkannt worden ist, bekomme ich eine abzugsfähige Spendenquittung.

Name ..... Telefon .....

Straße ..... E-Mail .....

PLZ + Wohnort ..... Datum Unterschrift .....

Nur für Abonnentinnen und Abonnenten: Ich kann meine Abo-Bestellung innerhalb von zehn Tagen widerrufen.
Dazu genügt eine schriftliche Mitteilung an BioSkop e.V., Oberstraße 55, 45134 Essen.
Mit meiner zweiten Unterschrift bestätige ich, dass ich mein Recht zum Widerruf zur Kenntnis genommen habe: .....

Bitte ausschneiden oder kopieren und einsenden an: **BioSkop e.V. – Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften und ihrer Technologien**
Erika Feyerabend · Oberstraße 55 · 45134 Essen